Nr. 2. 14. stycznia 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. med. Józef HANDELSMAN, st. ordyn. szpit. Tworki.

Zaburzenia psychiczne w zespole parkinsonowskim poencefalitycznym [1]).

(Ze szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach).

Sprawą chorobową, którą w ostatnich czterech latach zajmowano się niesłychanie wiele, o której napisano we wszystkich prawie językach europejskich parę tysięcy prac, której wielokrotne odmiany spostrzegano i przedstawiano ze wszystkich prawie oddziałów neurologicznych, jest sprawa, dotycząca letargicznego zapalenia mózgu czyli śpiączki. Cierpienie to nie jest bynajmniej nowe w patologji, znane są bowiem opisy jeszcze z roku 1580 [2]), kiedy to Fechtius opisał epidemję p. t. *Morbus epidemicus per totam fere Europam Schlaffkrankheit dictus non tam lethalis, nisi accedente alio morbo«*.

Od tego czasu co jakieś kilkadziesiąt lat [3]) wybucha epidemja tej choroby: ostatnio w 1889/90, znana pod nazwą »nony«, której opis w polskiem piśmiennictwie zawdzięczamy Goldflamowi. Jednak w ostatniem 30-leciu zapomniano o tej chorobie i nawet w najlepszych i najobszerniejszych podręcznikach przed 1917 jest ona zazwyczaj przeoczana lub też z lekka tylko wspominana. Dopiero z wybuchem epidemji w roku 1917 przypomniał ją Economo i od tego czasu poświęcono bardzo wiele trudu i pracy, by poznać dokładnie jej istotę, tembardziej, że przy badaniu istoty tego cierpienia wypłynęły na widownię naukową zagadnienia z nią bardzo ściśle związane, nie tylko epidemjologicznie i kliniczno-neurologicznie, lecz i anatomicznie — mianowicie zagadnienia funkcji jąder soczewkowatego i prążkowanego. Badaniom tym dały początek znakomite prace S. K. Wilsona i C. Vogta, którzy z niesłychaną ścisłością naukową stwierdzili łączność pewnych objawów t. zw. pozapiramidalnych z funkcją tych dwu jąder i którzy otworzyli drogę do zupełnie nowych poszukiwań w sprawach chorobowych dobrze znanych klinicznie, a będących anatomicznie zupełnie niejasnemi, do których zaliczyć należy chorobę Parkinsona i właśnie jako stany następcze śpiączki zaczęto spostrzegać zespół parkinsonowski, w wielu przypadkach do najmniejszych detali podobny do choroby Parkinsona [4]) [5]).

Nie chcąc zanadto rozszerzać pracy niniejszej pominę tu opis kliniczny ostrego stanu zapalenia mózgu letargicznego, zaznaczę odrazu, że nie rzadko po przebyciu śpiączki [6]) następuje rzekome wyzdrowienie, trwające od kilku tygodni do kilkunastu miesięcy, i dopiero po tym czasie zaczynają występować powoli lub względnie szybko objawy nerwowe, przypominające chorobę Parkinsona.

Dla zrozumienia zespołu parkinsonowskiego niezbędne jest streszczenie krótkie wiadomości budowy ciała prążkowanego i jego stosunku do wzgórka wzrokowego i okolicy podwzgórkowej t. j. ciała Luysa, jądra czerwonego i miejsca czarnego (*substantia nigra Soemeringi*).

Ciało prążkowane dzieli się na 2 zasadnicze jądra: *n. caudatus i n. lenticularis*, to ostatnie składa się z 3-ch odcinków — zewnętrzne *putamen*, — dwa wewnętrzne *globus pallidus*. Jednak badania embrjologiczne wykazały, że taki podział jest sztuczny, faktycznie *c. striatum* składa się z dwóch różnorodnych części: *globus pallidus (v. pallidum)* oraz *putamen i n. caudatus* (*v. striatum*). Te części różnią się nietylko embrjologicznie, lecz również co do budowy, czynności i patologji. Ciało prążkowane stanowi narząd autonomiczny z drogą dośrodkową od *thal. opticus* i drogą odśrodkową do *thal. opticus* i do okolicy podwzgórkowej. Główne funkcje ruchowe ciała prążkowanego polegają na regulacji napięcia mięśniowego, podtrzymywaniu odpoczynku mięśniowego, niepodległości ruchów automatycznych i skojarzonych; jest ono ważnym ośrodkiem naczynioruchowym i emocjonalnym. W razie zniszczenia ciała prążkowanego występują ruchy mimowolne i niektóre zaburzenia emocjonalne (n. p. w pląsawicy Huntingtona, atetozie) przy zniszczeniu pallidum, drżenie parkinsonowskie i sztywność mięśniowa; zniszczenie obu części pociąga za sobą częściowe lub całkowite połączenie objawów powyższych (choroba Wilsona, pseudo-skleroza Westphal-Strümpla).

Objawy choroby Parkinsona i zespołu parkinsonowskiego poencefalitycznego są bardzo do siebie zbliżone, jednak w tem ostatniem cierpieniu spotyka się objawy, które są obce dla pierwszego, lub bardzo rzadko spotykane, lub też naodwrót słabo wyrażone są niektóre objawy — zasadnicze dla choroby Parkinsona. Do pierwszych należą zaburzenia odczynu źrenic i akkomodacji [7]), snu i oddychania (tachypnoe) i t. p., do innych należy n. p. drżenie, które często w zespole poencefalitycznym bywa stosunkowo słabe. Wogóle sztywność mięśniowa jest objawem stałym, drżenie jest objawem późniejszym. Bardzo wybitny łojotok, przyśpieszenie tętna są częstsze w opisywanym przez nas zespole. Dalej choroba Parkinsona spotyka się u osób starszych, rzadko kiedy w wieku młodzieńczym; pośpiączkowy zespół parkinsonowski bywa w każdym wieku, nawet niemowlęcym. Drżączka porażenna rozwija się powoli, latami; w naszem zaś cierpieniu w przeciągu paru tygodni do kilku miesięcy otrzymuje się obraz całkowity zespołu. W drżączce porażennej nie widzi się nigdy wyzdrowień, rzadko poprawę, tu zaś spostrzega się niejednokrotnie poprawę, choć trudno jest powiedzieć, jaki będzie dalszy wynik z powodu zbyt krótkiego stosunkowo czasu od pojawienia się choroby. Najważniejszą oczywiście różnicę stanowi przyczyna cierpienia oraz ten fakt, że w *encephalitis lethargica* są zmiany rozlane w całym pniu mózgowym, w rdzeniu, przekrwienie mózgu i jeszcze długie miesiące po przebyciu ostrego stanu zmiany zapalne można stwierdzić, nietylko w jądrach podstawnych mózgu, ale i w innych miejscach układu nerwo-

---

[1]) Według referatu na III Zjazd Psychjatrów Polskich w Wilnie 4/6 czerwca 1922.

[2]) Według Ebsteina.

[3]) W r. 1661 opisał epidemję śpiączki Willis, w roku 1673/5 Sydenham, w r. 1712 Camerarius, w r. 1725/27 Werlhof, w r. 1830 Berndt, w r. 1855 Rychter.

[4]) P. Revue neurologique nr. 6 1921 r., poświęcony specjalnie chorobie Parkinsona i stanom pokrewnym.

[5]) W piśmiennictwie naukowem polskiem mamy stosunkowo mało drukowanych prac, poświęconych śpiączce i jej następstwom; o śpiączce oprócz drukowanych w Lekarzu Wojskowym 1920 r. odczytów Flataua, Goldflama, a także nie drukowanego odczytu II Zj. Psych. Polskich 1921 Skoczyńskiego, drukowanych było zaledwie kilka prac Biro, Grzywo-Dąbrowskiego, Orzechowskiego, Baleya, Z. Bychowskiego, Higiera, natomiast w różnych towarzystwach lekarskich odpowiednie przypadki przedstawiali (sprawozdania przeważnie w Polskiej Gazecie Lekarskiej i w Neurologji Polskiej t. VI. 1922, a także w Nowinach Lekarskich) Piotrowski, Biernacki, Sterling, Jaroszyński, Domaszewicz, Rothfeld, Bregman, Higier, Piltz, Bychowscy, Falkowski, Wizel, Zandowa, Frenkiel, Mikulski, Gepner, Artwiński, Pieńkowski i kilku innych; oprócz tego o unerwieniu pozapiramidalnem pisał Orzechowski. W piśmiennictwie polskiem, poza kilku nieopublikowanemi przypadkami Łapińskiego, Jankowskiej, Falkowskiego, Pieńkowskiego oraz dotychczas nieogłoszonemi odczytami Pieńkowskiego, Bornsztajna, i Bychowskiego, nie stwierdziłem ani jednej pracy, tyczącej specjalnie zaburzeń psychicznych w stanach następczych po śpiączce.

[6]) Souques na 102 chorych z następstwami po śpiączce w 71 przyp. stwierdził zespół parkinsonowski, w 7 przyp. zmiany psychiczne.

[7]) V. dokładną analizę tego objawu Westphala.

wego ośrodkowego [8]), gdy tymczasem zmiany w *paralysis agitans* są o wiele bardziej ograniczone (choć sprawa podstawy anatomicznej drżączki porażennej nie jest jeszcze ostatecznie zdecydowana), przyrody zwyrodnieniowo-naczyniowej i wobec tego wbrew twierdzeniu różnych autorów, zwłaszcza S o u q u e s, L é p i n e i innych, można przypuszczać odrębność tych dwu cierpień.

Do zaburzeń charakteryzujących do pewnego stopnia odrębność drżączki porażennej od zespołu parkinsonowskiego poencefalitycznego należą zaburzenia psychiczne. W drżączce porażennej zaburzenia psychiczne bywają często, ale są nieznaczne, inteligencja zazwyczaj jest nieupośledzona, jeżeli bywają jakieś komplikacje psychiczne, to są one zrozumiałe dzięki powikłaniu przez starcze objawy i zwapnienie naczyń. Ciężkie objawy cierpienia, zwłaszcza w okresach późniejszych, wywierają naturalny wpływ na nastrój, czasem występują stany lękowe. Natomiast zmiany psychiczne w zespole Parkinsonowskim poencefalitycznym bywają prawie stale, często są one bardzo poważne, psychika chorych ulega poważnym zmianom, często tak dalece poważnym, że chorzy muszą być oddawani na opiekę do szpitala psychjatrycznego; rodzina chorego nie jest w stanie zaopiekować się nim, nie wystarcza już wtedy samo pielęgnowanie stanu fizycznego mniej lub więcej zmienionego, ale i stan psychiczny jest taki (przy stosunkowo niezbyt ciężkim stanie fizycznym), że chorym należy się opiekować umiejętnie, trzeba go umyć, ubrać, nawet nakarmić.

W ciągu przeszło 6. letniej działalności szpitala w Tworkach nie było ani razu wypadku, by rodzina zechciała umieścić chorego z drżączką porażenną w szpitalu, i, o ile mi wiadomo z innych zakładów psychjatrycznych, zdarza się to bardzo rzadko i zazwyczaj w okresach bardzo późnych, połączonych z niedołęstwem fizycznem.

Natomiast od czasu wybuchu epidemji śpiączki, a raczej od czasu, gdy zaczęły występować objawy następcze tego cierpienia, stany parkinsonowskie poencefalityczne, niema chyba ani jednego szpitala psychjatrycznego, w którym nie było takich chorych. Dla zobrazowania stanu psychicznego tego cierpienia, zanim przejdę do szczegółowej analizy, chciałem przedstawić w streszczeniu spostrzeżenia 10-iu chorych w szpitalu w Tworkach.

1. N. N. (2328), lat 31, oficer ukraiński, stud. prawa, zachorował w marcu 1920 r. na zapalenie mózgu śpiączkowe, w przeciągu 2-ch miesięcy trwał stan senności, poczem przez parę miesięcy był bardzo osłabiony, ale żadnych objawów nerwowych nie było; wstąpił ponownie do wojska, był na froncie jako oficer sztabu jeneralnego i dopiero blizko po roku rozpoczęły się zaburzenia nerwowe. Z początku miał tylko trudności przy jedzeniu, latem roku ub. miał nerwoból brzuszny (?), od września r. ub. zaczęły się trudności w chodzeniu, jednak jeszcze do grudnia r. ub. pracował w ministerstwie wojny i dopiero od grudnia, t. j. 6 miesięcy, jest inwalidą. Dawniej był zawsze zdrów, zakażenia wenerycznego nie było; w 1918 roku przechodził ciężką grypę. Nikt w rodzinie umysłowo ani nerwowo nie chorował.

8 lutego 1922 r. został przyjęty do szpitala. Pod względem nerwowym u chorego stwierdzamy typowy obraz zespołu parkinsonowskiego. Twarz maskowata, brak mimiki; oczy z żywym blaskiem, przeważnie zapatrzone przed siebie; głowa osadzona sztywno, mało ruchoma. Oddech szybki, powierzchowny, (do 44 na minutę), z głośnym wdechem, niekiedy przerywa się i wtedy następuje nagle głośny i szybki wdech. Tętno przyśpieszone do 100 uderzeń na minutę. Twarz pokryta lepkim potem, skóra na twarzy ulega łuszczeniu. Bardzo wybitny ślinotok, który choremu przeszkadza mówić. Łykanie utrudnione; chory karmi się od dłuższego czasu pokarmami płynnemi i półpłynnemi; pokarmy jednak przez nos nie wracają (jak w porażeniu opuszkowem). Źrenice o równych konturach, lewa nieco szersza od prawej; brak odczynu na światło ze strony lewej, odczyn bardzo słaby ze strony prawej; odczyn na nastawienie minimalny. Zaburzeń akomodacji niema. Siła wzroku normalna; dno oka normalne; słuch prawidłowy. Przy wykonywaniu ruchów mimicznych z prawej strony twarzy tworzą się zmarszczki głębsze, niż z lewej, które są tylko zaznaczone. Przy zamykaniu oczów, przy marszczeniu nosa występuje też lekkie drżenie. Język udaje mu się zazwyczaj wyciągnąć zaledwie bardzo nieznacznie, przyczem język przy wysuwaniu drży. Drżenia gałek ocznych niema. Podniebienie miękkie unosi się prawidłowo, drżenia niema. Ruchy głowy we wszystkich kierunkach wykonywane są bardzo wolno, ale w rozmiarach dostatecznych. Już przy tych ruchach występuje objaw koła zębatego i objaw antagonistów Babińskiego i Jarkowskiego t. j. nagłego zatrzymania w pozycji woskowatej przechylonej głowy uchem do ramienia. Chory z trudem podnosi się z łóżka, na którem leży bez ruchu całemi godzinami, podniósłszy się chodzi małemi kroczkami, suwając stopy po podłodze; niekiedy, gdy stanie w jednem miejscu, stoi kilka minut i dłużej, zaczem wykona ruch następny, innym znów razem chodzić może dosyć żwawo. Wogóle zaś chód jest wybitnie upośledzony, natomiast wchodzenie i schodzenie ze schodów, dokonywane zawsze po dłuższym namyśle, jest stosunkowo sprawne, jak również bieganie jest szybkie (kinesie paradoxale S o u q u e s a).

Gdy chodzi, robi wrażenie jakby związanej figury, automatu; ma wtedy charakterystyczną postać chorych z drżączką porażenną: pochylony ku przodowi, ramiona przywiedzione do tułowia, łokcie zgięte. Chory jest cały zesztywniały. Występuje przy chodzeniu bardzo wyraźnie objaw braku harmonji ciała, braku ruchów wahadłowych. Objawy pro, retro i lateropulsji. Ruchy dowolne w kończynach są niesłychanie powolne, niedokończone, jednak przy pewnym wysiłku okazuje się, że rozmiar ruchu niekiedy bywa prawie normalny, innym znów razem bardzo niedostateczny. U chorego występują wyraźnie objawy młynkowy i pseudoadiadochokinesis. — Również bardzo wybitnie występuje objaw Dyleff'a: różnica między osłabioną siłą statyczną a zachowaną siłą dynamiczną; okazuje się bowiem przy stawianiu oporu, że siłę mięśni chory posiada dużą. Po dłuższem badaniu kończyny stają się coraz bardziej zesztywniałe, aż wreszcie występuje obraz objawu katalepsji mięśniowej, trwającej po kilka minut, dopóki jaki nowy bodziec zewnętrzny nie pobudzi chorego do wykonania nowego ruchu. Z ciekawych objawów u chorego należy zanotować, że pomimo bardzo silnego zmęczenia mięśniowego ogólnego, gdy, zdawałoby się, każdy ruch mięśniowy wymagałby wielkiego wysiłku, gdy chodzenie zwykle napotyka na wielkie trudności, chory z łatwością, dosyć stosunkowo szybko i dosyć wysoko może podskoczyć, dosyć sprawnie (aczkolwiek nie zawsze) uprawia gimnastykę szwedzką. Szereg innych objawów, n. p. objaw szybkiego przechylenia siedzącego chorego w tył na krześle, przyczem nie rozginają się obronnym ruchem kończyny dolne, uzupełnia obraz zesztywnienia mięśnia. Drżenia wyraźnego u chorego nie ma, czasem drżenie występuje nieznacznie, zwłaszcza pod wpływem afektu. Odruchy ścięgnowe żywe, brak odruchu Babińskiego, odruch Piotrowskiego — obustronnie bardzo energiczne zgięcie dorsalne; odruch Simchowicza (nosowo-podbródkowy) [9]) dodatni, przy badaniu odruchu kolanowego prawego niekiedy spostrzegamy zwolniony rozkurcz m. czterogłowego. Zaburzeń czuciowych nie ma. Odczyn Wassermanna we krwi był w marcu nie pewny, w maju ujemny. Chory podaje, że w czasie przebiegu śpiączki parokrotnie robiono badania na odczyn Wassermanna, który z początku wypadł dodatnio, potem zawsze ujemnie, jak również odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Co się tyczy stanu psychicznego, przedewszystkiem uderza nas przy badaniu powierzchownem duży indyferentyzm, indolencja; jednak po wejściu z chorym, po wielokrotnem kilkogodzinnem badaniu, w kontakt bliższy okazuje się, że zaburzenia nie drążą głęboko w psychikę chorego i że ten brak reakcji psychicznej szybkiej zależny jest więcej od zesztywnienia psychicznego, że się tak wyrażę. Chory przeważnie leży w łóżku, niechętnie z niego powstaje, dopiero po usilnych kilkakrotnych namowach udaje się go nakłonić do wstawania i do tego, żeby zawarł znajomość z bliższem i dalszem otoczeniem pawilonu. Ludzi obcych wogóle unika, drażni go i krępuje to, że ludzie obcy zwracają na niego uwagę, wtedy chodzi jeszcze gorzej, niż zazwyczaj. Rozmowa z nim jest wielce utrudniona, zazwyczaj namyśla się długo nad daniem odpowiedzi, niekiedy jest tak silne zahamowanie, że i po kilku minutach nie oddziałuje na zapytanie i wydaje się, jak gdyby je zapomniał; jednak po kilku minutach, a niekiedy nawet dopiero na drugi dzień daje zupełnie prawidłową odpowiedź. Zrzadka bardzo daje odpowiedź względnie szybko, bo już po 3—4 sek. U chorego występuje bardzo wybitna stereotypja; n. p. codziennie powtarza tę samą prośbę o leczenie elektryzacją, niekiedy nawet może powtórzyć tę prośbę i kilka, kilkanaście razy dziennie; otrzymawszy wyczerpujące wyjaśnienia o zbędności takiego leczenia, przyjmuje je obojętnie i następnego dnia ponawia swoją prośbę; tak się dzieje już kilka miesięcy. Aczkolwiek chory mówi bardzo mało i powinien by, zdawało by się, spożytkować możność wypowiedzenia się na wypowiedzenie czegoś ważniejszego, nie wyraża nigdy żadnych żądań, nie wdaje się w rozmowy, lecz stereotypowo powtarza tę prośbę, lub inną prośbę bez znaczenia porusza sprawy błahe, których niemożność wykonania mu stale i obszernie wyjaśniam. Nietylko jego ruchy są niesłychanie powolne i zahamowanie we mowie, ale i myślenie jest powolne. Chory jest bardzo systematyczny, n. p. wysyłając list do osoby, z którą sympatyzuje, z którą stale jest w korespondencji, nie odda listu do wysłania wprzód, póki nie zalepi dokładnie koperty, nie obejrzy go, tak iż na wysłanie listu już napisanego zużytkowuje czasem dzień, dwa lub nawet trzy. Chory, zdawałoby się, interesuje się mało sprawami ogólnemi, jednak jest dosyć dobrze w nich

[8]) François et Lhermitte; König.

[9]) Podług odczytu Simchowicza w Warsz. Tow. Neurologicz. w maju 1922 r. (P. Gaz. lek. Nr. 39).

zorjentowany, nie prosi nigdy o książki lub gazety; gdy mu je jednak dać samorzutnie, czyta je, ale bardzo powoli, długo, systematycznie. Sam zaznacza, że książki go obecnie nie nęcą, woli popularne książki, czytanie zaś naukowych męczy go. Nastroju naogół jest równego; pomimo bardzo ciężkiego stanu fizycznego, nie spostrzegałem u niego głębszej depresji; zdaje się, że nie odczuwa on dostatecznie wagi swojego ciężkiego stanu. Stale zachowuje się z godnością, zawsze grzeczny, nie gniewa się nigdy, nie podnieca się.

Orjentuje się zupełnie dobrze w czasie, miejscu i otoczeniu. Pamięć naogół zachowana dobrze, jednak nie jest pewnym co do niektórych dat ze swojego życia, zwłaszcza z okresu choroby, stara je sobie przypomnieć i poprawia mylnie podane daty; n. p. jednego dnia pomylił się w dacie rozpoczętych zaburzeń nerwowych, następnego dnia prosił o sprostowanie tego i ze zwykłą sobie systematycznością skontrolował, czy poprawiono. Zdolności postrzegania i zapamiętywania są dobre; n. p. przy badaniu metodą Bernsteina po 30 sekundach ekspozycji z dziewięciu figur pokazał 6 prawidłowo, żadnej błędnie.

Mowa zamazana, niewyraźna, w czasie rozmowy zaciera się coraz bardziej, aż wreszcie staje się zupełnie niezrozumiałą staje się lekkiem niewyraźnem mruczeniem lub bełkotem, dopóki po pewnym odpoczynku znowu nie powie kilku słów nieco wyraźniej. Często jednak nawet po spoczynku dłuższym nie może powiedzieć ani jednego słowa n. p. niejednokrotnie przy wizycie rannej, po obudzeniu się chorego nie mogę otrzymać od niego ani jednego słowa odpowiedzi przez czas dłuższy. Natomiast występuje tu znowu objaw tachyfemji (S o u q u e s), gdy chory, który przed chwilą niewyraźnie bełkotał, może szybko i głośno na żądanie liczyć po kolei, stopniowo liczy jednak coraz szybciej i niewyraźniej i znowu przechodzi mowa w niewyraźny bełkot. Pisanie jest bardzo powolne; w czasie pisania pismo staje się coraz wolniejsze, napisawszy słowo chory siedzi w pozycji pogotowia do pisania, jak katatonik, po parę minut, dopóki nowy bodziec nie pobudzi go do dalszej czynności. Pismo jest drżące, jak koronkowe. Dla napisania pierwszych 5 słów zużył n. p. 8 minut czasu, dla następnych 4 słów — 9 minut. Litery są drobne, ale równe. Chory od szeregu lat prowadzi dziennik, z którego okazuje się, że charakter pisma miał stale drobny, że w lipcu r. ub., kiedy jeszcze nie było obecnych zaburzeń układu nerwowego, pismo było już drżące: w końcu r. ub. było bardzo mało wyraźne, w ostatnich czasach jest nieco wyraźniejsze, ale zato, jak sam chory mówi, pisze o wiele wolniej. Z dzienniczka widać, że jest on bardzo ubogi w treść, horyzont umysłowy chorego jest wązki, mało co go interesuje, natomiast widać pewną pretensjonalność, mianowicie pisze on poezje o małej wartości poetyckiej, które jednak sam autor wysoko ceni.

W przypadku tym u chorego, po przebytem w marcu 1920 r. zapaleniu mózgu letargicznem, zaczął się po roku rozwijać obraz zespołu parkinsonowskiego, który w przeciągu kilku miesięcy doszedł do pełni rozwoju. Zaburzenia psychiczne charakteryzują się obrazem, który bym nazwał ogólnem mianem pseudokatatonji. Chorego cechuje indyferentyzm, indolencja, obojętność uczuciowa, perseweracja i stereotypja, brak dostatecznego samopoczucia chorobowego, brak inicjatywy, niesłychane zwolnienie wypowiadania swoich myśli, symulujące zahamowanie psychiczne, przy bardzo nieznacznych zmianach intelektualnych, polegających na pewnem zdziecinnieniu i ubóstwie przyjmowanych świeżych wrażeń. (Dok. nast.)

Dr. S. SCHILLING SIENGALEWICZ. asyst. Lwów.

Przypadek morderstwa z lubieżności.

(Z Zakładu Medycyny sądowej Uniwers. Jana Kazimierza we Lwowie. Dyr. Prof. Dr. W. Sieradzki).

Ocenianie przypadków morderstwa z lubieżności w praktyce sądowo-lekarskiej nie należy do zadań tak łatwych, jakby na pozór zdawać się mogło. Morderstwo z lubieżności jest na ogół rzadkie, a i w dobie dzisiejszej, wśród bardzo licznych przypadków zbrodni i morderstw, wywołanych okresem powojennym, tym uczulającym czynnikiem na umysły niezrównoważone, zwyrodniałe, a często wyraźnie umysłowo chore, morderstwo z lubieżności należy do rzadkości. Ocenianie przypadków morderstwa z lubieżności może być wtedy trudne, gdy obraz sekcyjny nie daje tych wszystkich charakterystycznych szczegółów, na jakich zwykle opieramy nasze rozpoznanie morderstwa z lubieżności. Z drugiej natomiast strony mogą się zdarzyć przypadki, w których obraz sekcyjny przemawia za morderstwem z lubieżności, w istocie jednak mamy do czynienia tylko z morderstwem z lubieżności rzekomem lub pozornem, które zasadniczo różni się od morderstwa właściwego z lubieżności. Morderstwo z lubieżności właściwe nie zawsze musi dawać charakterystyczny obraz sekcyjny, a wykrycie jego staje się możliwe dopiero przez uwzględnienie okoliczności towarzyszących, jak również często dopiero przez badanie psychjatryczne i psychoanalityczne samego sprawcy czynu. Że morderstwo z lubieżności nie zawsze daje jednakowy obraz sekcyjny, jest zresztą zrozumiałe, jeśli się uwzględni, iż sadyzm, który do morderstwa z lubieżności prowadzi a którego komponenty możemy zresztą odnaleść i w normalnym toku zaspokojenia popędu płciowego, nie zawsze musi mieć jednakie natężenie i sposób swego ujawnienia. W tym przedmiocie ogłosił nie dawno trzy zajmujące przypadki H e r s c h m a n n, które były przedmiotem dochodzenia ze strony władz sądowych niemieckich, jako nieostrożne obchodzenie się z bronią. We wszystkich tych trzech przypadkach badanie psychjatryczne stwierdziło, że sprawcy byli sadystami, dokonali morderstwa dla zaspokojenia popędu płciowego i potrafili morderstwo z lubieżności skryć pod formę nieostrożnego obchodzenia się z bronią. W przeciwieństwie do morderstwa z lubieżności istotnego, t. zw. morderstwo z lubieżności rzekome niema nic wspólnego ze zboczeniem płciowem, a jest wynikiem ubocznych pobudek, powstałych przed, w czasie lub też po dokonaniu aktu płciowego. Kryminalistyka dostarcza nam sporo takich przypadków, w których dokonano zabójstwa kobiety, wprawdzie w łączności z aktem płciowym, lecz bez pierwotnego zamiaru udręczenia ofiary celem zaspokojenia płciowego. Chęć usunięcia śladów dokonanego spółkowania, walka z kobietą broniącą się przed aktem płciowym, sprzeczka po dokonanem spółkowaniu itd. są zwykle temi najpowszedniejszemi motywami, prowadzącemi do zabójstwa, które może dać powód do rozpoznania na stole sekcyjnym morderstwa z lubieżności istotnego, będącego w rzeczywistości tylko rzekomem. Do wyjątkowych przypadków będą należeć zapewne te, w których sprawca po dokonaniu morderstwa z innych motywów, dla zmylenia śladów zbrodni, stara się upozorować morderstwo z lubieżności. Upozorowanie morderstwa z lubieżności będzie już miało niewątpliwie podkład w zboczeniu płciowem, występującem czy to pod postacią sadyzmu czy też nekrosadyzmu, i wskutek tego zbliżać się będzie do typu morderstwa z lubieżności istotnego. Na podstawie tylko obrazu sekcyjnego nie można, rozumie się, rozpoznać, z jakiego rodzaju morderstwem mamy do czynienia, dokładne jednak rozważenie wszystkich szczegółów danego przypadku dozwala nieraz na wysnucie mniej lub więcej pewnych. acz zawsze ostrożnych wniosków co do jego natury.

Niedawno miałem sposobność sekcjonować w tutejszym Zakładzie medycyny sądowej przypadek morderstwa z lubieżności, który był uważany jako morderstwo z lubieżności upozorowane, sekcja zwłok jednak przemawiała raczej za morderstwem z lubieżności istotnem. Z powodu tej właśnie sprzeczności, jaka zachodziła pomiędzy tokiem śledztwa a orzeczeniem lekarskiem, pozwalam sobie ten przypadek tu skreślić.

W okolicy Lwowa znaleziono zwłoki 12-letniej dziewczynki, na których dokonana sekcja wykazała:

(Protokół sekc. 200/22 w skróceniu).

Zwłoki dziewczynki, lat około 12 liczyć mogącej, miernej budowy i odżywienia, 129 cm długie. Kształty dziecięce. Plamy pośmiertne na plecach bardzo skąpo zaznaczone, nacięciem jako takie stwierdzone. Stężenie trupie utrzymane w kończynach. Spojówki blade, rogówki zmętniałe. Okolica ust i nosa zaschłą krwią zwalane.

Na ciele stwierdza się następujące ślady obrażeń:

a) Na czole po stronie prawej, nad guzem czołowym prawym, widoczne jest nieregularne włamanie czaszki, wielkości dłoni dziecka, o brzegach nierównych. Skóra nad tem włamaniem zwisa w strzępach, a w dnie tego włamania widnieje zmiażdżona tkanka mózgowa.

b) Na czole po stronie lewej, pomiędzy łukiem brwi lewej a granicą włosów głowy, stwierdza się cztery, jedna nad drugą leżące rany kłute, ułożone poprzecznie, długości około 2 cm, ziejące na $1/2$ cm, o brzegach równych, krwią podbiegniętych, które dotyczą nie tylko skóry i tkanki podskórnej, ale naruszają również ciągłość kości czołowej w tem miejscu i drążą w głąb czaszki.

c) Na wardze dolnej i na koniuszku wysuniętego języka stwierdza się kilka nieregularnych otarć naskórka, pergamino-

wato przyschniętych, o wyraźnej reakcji przyżyciowej, która zaznacza się w postaci płaskich podbiegnięć krwawych.

d) Na szyji po stronie lewej, tuż pod kątem żuchwy stwierdza się linijne, pergaminowato przyschnięte otarcie naskórka, długości około 8 cm, biegnące ku dołowi i środkowi szyji.

e) Na klatce piersiowej z przodu, w granicach pomiędzy obiema brodawkami sutkowemi, rękojeścią mostka a wyrostkiem mieczykowatym stwierdza się 21 ran kłutych, długości około 2 cm, szerokości 0,5 cm, o brzegach równych, krwią przesiąkniętych. Rany te porozrzucane są w najrozmaitszych kierunkach, a liczne z nich drążą w głąb klatki piersiowej.

f) W okolicy pachwiny prawej widnieje szeroko ziejąca rana, obejmująca całą szerokość uda w tem miejscu, o brzegach równych, krwią podbiegniętych, przecinająca wszystkie mięśnie poprzecznie aż do kości udowej.

g) Srom ziejący, w szparze jego widoczna jest tylna ściana pochwy, częściowo zmieniona rozpoczynającem się gniciem. Wargi sromowe duże obrzmiałe, krwią podbiegnięte. Błona dziewicza kilkakrotnie przerwana aż do podstawy, z wyraźnemi podbiegnięciami krwawemi w miejscach przerwania. Wejście do pochwy po stronie lewej wykazuje szczelinowate pęknięcie, obejmujące spoidło sromu po stronie lewej, część międzykrocza i sięgające prawie do otworu stolcowego. Pęknięcie to wyraźnie krwią podbiegnięte.

h) Na obu udach i podudziach znajduje się cały szereg mniejszych i większych, nieregularnych otarć naskórka, pergaminowato przyschniętych. Oględziny wewnętrzne wykazały:

3) Czaszka, o kościach cienkich, wykazuje jedno włamanie i kilkakrotne pęknięcie kości czołowej, nadto pęknięcie kości sitowej i obu sklepień oczodołowych. Mózg w przednich swych zwojach wykazuje zmiażdżenie tkanki mózgowej.

4) W workach opłucnowych spora ilość krwi płynnej. Płuco prawe wykazuje w płacie górnym szczelinowaty otwór, będący dalszym ciągiem jednej z ran kłutych, opisanych w oględzinach zewnętrznych.

5) Worek osierdziowy kilkakrotnie uszkodzony w postaci dużych, ziejących otworów. Serce wielkości odpowiedniej, w lewej swej połowie wykazuje 7 szczelinowatych otworów, otwierających lewą komorę i przedsionek lewy. Prawa komora w przedniej swej ścianie jest prawie zupełnie otwarta. Zastawki nieuszkodzone, jak również i tętnica główna.

6) Błona śluzowa jamy ust, gardła, krtani, przełyku i tchawicy blada, bez zmian.

7) Ułożenie trzew prawidłowe. W żołądku i jelitach nieznaczna ilość treści. Błona śluzowa przewodu pokarmowego blada, bez zmian.

8) Narządy gruczołowe jamy brzusznej tj. wątroba, trzustka śledziona, obie nerki i nadnercza na przekroju bez zmian, wybitnie blade.

9) Macica bez zmian.

10) Kość tułowia i kończyn nieuszkodzone.

Biorąc pod uwagę stwierdzony przy sekcji obraz anatomiczny, liczne rany, ich sposób zadania, umiejscowienie i ślady dokonanej brutalnie defloracji, wydano orzeczenie tej treści, że dziewczynka ta padła ofiarą mordu z lubieżności. Zaznaczyć tu jednak muszę, że dokładne badanie mikroskopowe nie wykazało nigdzie śladów nasienia męskiego. Doniesienie policyjne i całe śledztwo, pomimo wydanego orzeczenia, przebiegało nieco w innym kierunku. Stwierdzono mianowicie, że w miejscu, gdzie znajdowały się zwłoki dziewczynki, zatrzymało się czas dłuższy pięciu woźniców ze swemi wozami. Sądzono przeto, że oni są właśnie sprawcami morderstwa, a mianowicie doniesienie policyjne przypuszczało, że dziewczynka ta, przechodząc przez drogę, została przypadkowo ugodzoną w głowę dyszlem nieostrożnie jadącego pierwszego wozu i że woźnicy, chcąc zatrzeć ślady swej nieostrożnej jazdy, zawlekli w najbliższe przydrożne krzaki zwłoki dziewczynki i upozorowali na nich mord z lubieżności. Odnalezieni i aresztowani woźnice, z powodu braku jakichkolwiek dowodów, zostali w niedługim czasie wypuszczeni na wolność. W przypadku powyższym obraz sekcyjny był tak charakterystyczny, że można było z wszelkiem prawdopodobieństwem rozpoznać morderstwo z lubieżności. Jedynym szczegółem, który mógł nasunąć wątpliwość w rozpoznaniu morderstwa z lubieżności, był brak śladów nasienia męskiego tak w częściach płciowych denatki, jak i w okolicy na udach, wzgórku łonowym itd. Brak śladów nasienia wytłómaczyć jednak możemy tem, że mogło ono być wylane na miejscu czynu na ziemię lub też na ubranie samego sprawcy. Zresztą wiadome jest, że u sadystów popełniających mord z lubieżności orgasmus wystąpić może już na sam widok krwi, ran itd. i nie zawsze musi w podob nych przypadkach mieć miejsce akt spółkowania, a defloracja może być wywołana przez mordercę działaniem ręki lub jakiemkolwiek narzędziem. Wszystkie ślady obrażeń wykazywały reakcję przyżyciową, tak, że powstać mogły tylko za życia denatki lub też w czasie jej agonji, twierdzenie przeto doniesienia, że rany zostały zadane już po śmierci, było również niesłuszne. Samo upozorowanie morderstwa z lubieżności, jak to już wyżej zaznaczyłem, ma swe źródło najczęściej w zboczeniu płciowem i trudno byłoby przypuścić, że w powyższym przypadku znalazło się aż 5 osobników równocześnie obarczonych jednakiem zboczeniem płciowem. Również trudno jest pojąć, aby ludzie z tej sfery, do jakiej właśnie należeli podejrzani o morderstwo, wiedzieli cokolwiek o morderstwie z lubieżności i wpadli właśnie na pomysł jego upozorowania. W przypadku tym ostateczne nieporozumienie pomiędzy prawdziwie fantastycznem doniesieniem policyjnem a orzeczeniem lekarskiem mogłoby rozstrzygnąć tylko zeznanie oraz badanie psychjatryczne sprawcy. Niestety sprawca pozostał w tym przypadku nie wykryty.

Prof. A. LEŚNIOWSKI. Warszawa.

Zbliznowacenie krezki esicy.

(Podług odczytu, wygłoszonego na Zjeździe Tow. Chirurgów Polskich 1 lipca 1922 r.).

(Dokończenie).

Omówiony stan chorobowy krezki esicy stwarza dość wyraźnie zaznaczoną kliniczną jednostkę chorobową, dotychczas rzadką, o ile wszakże zgodnie z Wilmsem zwrócimy na nią dość baczną uwagę, stanie się ona niezawodnie, ze względu na swą częstość, zjawiskiem dość powszednim. Wyodrębnienie takie i należyte uwzględnienie tej jednostki chorobowej jest konieczne, posiada bowiem wielkie znaczenie praktyczne, głównie pod względem leczniczym. Proponuję nadać tej jednostce chorobowej nazwę — zbliznowacenie krezki esicy.

Zachodzi pytanie, czy istnieje możność należytego jej rozpoznania na podstawie badania klinicznego. Wbrew twierdzeniu Piotra Duvala sądzę, że tak; na dowód przytoczę następujące swe spostrzeżenia.

II. 13 listopada r. 1921 przybył do I kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus, którą obecnie kieruję, 32 letni mężczyzna. Opowiadał on, że przed 4 laty nagle bez jakiegolwiek powodu zjawiły się bóle brzucha bez określonego umiejscowienia, do tego dołączyły się niebawem wymioty, brak stolca i wiatrów. Dolegliwości te znikły po zastosowaniu lawatywy z oliwy. W ciągu mniej więcej roku nie odczuwał dolegliwości; przed trzema laty poprzednie dolegliwości zjawiły się powtórnie, na ten raz bez wymiotów, natomiast towarzyszyło im tak znaczne wzdęcie brzucha, że oddychanie było ogromnie utrudnione. I na ten raz zastosowana lawatywa z oliwy usunęła wszystkie dolegliwości. Następnie podobne napady powracały od czasu do czasu, mniej więcej co dwa tygodnie, wspomniane objawy zyskiwały coraz bardziej na natężeniu. Często nazajutrz po napadzie miewał kilkakrotnie płynne wypróżnienie. Krwi ani w wymiocinach, ani w wypróżnieniach nie zauważył. Poprzednio nigdy nie chorował na choroby przewodu pokarmowego.

Kościec, narządy krwionośne, oddechowe, moczowe, układ nerwowy i mięśniowy były prawidłowe. Język wilgotny. Łaknienie prawidłowe. Brzuch umiarkowanie wysklepiony. Opukiwanie daje na całej przestrzeni brzucha odgłos wyraźny bębenkowy. Wolnego płynu w jamie otrzewnej nie stwierdza się. Obmacywanie nie wykazuje w brzuchu ani guzowatości, ani bolesności. Badanie przez odbytnicę również nie wykazuje nic nieprawidłowego. Po uderzaniu powłok brzucha zarysowywa się poprzez powłoki mocno kurcząca się okrężnica na całej swej długości aż do lewego dołu biodrowego. W miejscu, gdzie kończy się wzdęta okrężnica, uciskanie wywołuje umiarkowany ból.

Badanie radjoskopowe wykazało, co następuje. Masa kontrastowa, wprowadzona do odbytnicy, szybko wypełnia bańkę tejże, rozciąga bańkę nadmiernie i dopiero wtedy w postaci wąziutkiego pasemka przedostaje się do esicy i wypełnia ją powoli. Wypełniona esica ma kształt dużego koła, górne ramię esicy jest mocno zbliżone do dolnego, i gdy następnie masa kontrastowa również powoli przedostaje się do okrężnicy zstępującej, esica kształtem swym przypomina literę omegę. Parokrotnie wykonane badanie radjoskopowe wykazywało zawsze te same stosunki.

Ponieważ aparat radjologiczny Coolidge'a, którym posługują się kliniki w szpitalu Dz. Jezus, uległ wówczas zepsuciu i naprawa jego trwała długo, chory z konieczności 3 i pół tygodnia pozostawał w spostrzeganiu. Cały ten czas chory wciąż cierpiał na uporczywe zaparcie, któremu towarzyszyły mocne wzdęcie brzucha, duszność, nudności, bolesność w oko-

licy esicy. Stosowane co 2—3 dni lewatywy usuwały te dolegliwości.

Na mocy powyższych danych rozpoznałem, że mamy do czynienia ze zbliznowaceniem krezki esicy, prowadzącem do załamywania się ramion tejże, i w celach leczniczych wykonałem operację 7 grudnia r. ub. Cięcie na zewnętrznym brzegu lewego mięśnia prostego brzucha. Po wyłonieniu na zewnątrz esicy znalazłem, że jest ona bardzo długa, workowato rozszerzona. Oba otrzewne listki jej krezki są bliznowo zmienione, skurczone, początkowe odcinki ramion esicy są zbliżone ku sobie na odległość mniej więcej 4,5 cm, skutkiem tego esica ma kształt ogromnej litery omegi. Zmiany bliznowe krezki, najmocniejsze u podstawy, sięgają mniej więcej połowy wysokości krezki.

Oba bliznowo zmienione listki otrzewne krezki przeciąłem głównie w kierunku podłużnym, po części i w poprzecznym. Tkanka, położona pomiędzy listkami zbliznowaciałej otrzewnej, była dość luźna, wobec tego po przecięciu listków otrzewnej można było ramiona esicy rozsunąć, tak iż początkowe odcinki ramion esicy były teraz odległe od siebie na 9—10 cm. W tkance łącznej, położonej między zbliznowaciałemi listkami otrzewnej, przebiegały wielkie naczynia krwionośne. Okrężnica zstępująca miała wygląd dość prawidłowy.

Wskutek przecięcia listków otrzewnej i rozsunięcia ramion esicy powstały na obu stronach krezki obnażone z otrzewnej powierzchnie, każda wielkości dużej dłoni. Do pokrycia ich wyciąłem z sieci dużej, która była wiotka, pozbawiona tłuszczu, po odpowiednio dużym płacie, pokryłem niemi obnażone powierzchnie i przymocowałem je szwami na brzegach i w środku. Na tem zabieg ukończono.

Przebieg był jak najpomyślniejszy: rychłozrost. Dolegliwości, jakie trapiły chorego przed operacją, znikły zupełnie. Stolec miewał samoistnie co drugi dzień, czuł się zupełnie dobrze, co wielokrotnie zaznaczał.

Badanie radjoskopowe, wykonane 15 dnia po operacji, wykazało, że masa kontrastowa, po wypełnieniu bańki odbytnicy mniej mocnym, niż przed operacją, o wiele szerszym pasem przechodzi do esicy, którą niebawem wypełnia. Początkowe odcinki ramion są od siebie odsunięte daleko, esica cała nie ma już wyraźnego kształtu omegi, lecz ramiona jej pętli zdążają ku górze prawie równolegle.

Chory opuścił klinikę po upływie 6 tygodni w stanie pomyślnym. Po upływie siedmiu miesięcy miałem wiadomość, że chory ma się zupełnie dobrze.

III. Przypadek dotyczy 36 letniego mężczyzny, który przybył do kliniki 12 lutego 1922. Podaje on, że przed trzema i pół laty zaczął odczuwać bóle w krzyżu, a po upływie kilku miesięcy dostał bólów w brzuchu, które mieściły się na przebiegu okrężnicy wstępującej i zstępującej. Prócz bólów zjawiły się wzdęcie brzucha, zaparcie stolca i wiatrów. Po jakichś proszkach i po lawatywie miał wypróżnienie, odeszły wiatry, wzdęcie brzucha znikło, bóle stopniowo zmniejszyły się i po trzech dniach wrócił do zdrowia. Po roku znów nagle dostał bólów w brzuchu takich samych, jak poprzednio, wzdęcia, zatrzymania stolca i wiatrów, i na ten raz proszki i lawatywa powróciły choremu zdrowie.

W przeddzień przyjścia do kliniki znów dostał nagle boleści, wzdęcia brzucha, zaparcia stolca i wiatrów, i w takim stanie odwieziono go do kliniki.

Badanie. Nie wysoka gorączka. Odżywiony nieźle. Wzrost średni, kościec, mięśnie, narząd oddechowy, moczowy, układ nerwowy są bez zmian. Wątroba i śledziona nie są macalne. Brzuch jest znacznie wzdęty, na ucisk nieco bolesny, szczególnie po stronie lewej. Zaparcie stolca i wiatrów utrzymuje się od dnia wczorajszego. Obmacywanie brzucha nie wykrywa nic nieprawidłowego, jak również i obmacywanie od strony odbytnicy. W przypuszczeniu, że mam tu do czynienia ze zbliznowaceniem krezki esicy, nie zatrwożyłem się zbytnio stanem chorego. Zastosowano gorący okład, morfinę pod skórę, lawatywę. Wypróżnienie nie nastąpiło.

Nazajutrz zastosowano to samo. Odeszły obficie wiatry i stolec. Następnego dnia znów po lawatywie odeszły wypróżnienia i wiatry, ból zmniejszył się, i następnych dni wszystkie dolegliwości znikły zupełnie.

Wtedy dalsze badanie chorego wykazało, że powłoki brzucha są podatne; głębokie obmacywanie nic nieprawidłowego w brzuchu nie wykrywa, jak również i od strony odbytnicy. Rozdymanie od strony odbytnicy wykazało: najpierw mocno wypełnia się i wyraźnie uwypukla tylko pętla esicy na lewym talerzu biodrowym. Dopiero po mocnem jej rozdęciu przechodzi powietrze powoli do okrężnicy. Wówczas chory zaznacza, że ma wrażenie bólowe, podobne do tego, jakie miewał w czasie napadów.

Chcąc po ukończeniu rozdymania przyśpieszyć wyjście powietrza przez rurkę na zewnątrz, naciśnięto na rozdętą esicę, powietrze zaczęło szybko uciekać z głośnym szmerem. Natomiast uciskanie na rozdętą okrężnicę nie miało wpływu na szybkość wydobywania się powietrza. Badanie radjologiczne wykazało, co następuje: Masa kontrastowa, podana przez usta, sprawnie przebiega przełyk, żołądek, jelita cienkie, zatrzymuje się natomiast w lewej połowie okrężnicy i w esicy, tak iż po upływie 48 godzin zaledwie drobna jej część dostaje się do odbytnicy. Masa kontrastowa, wlewana do odbytnicy, najpierw mocno rozciąga bańkę odbytnicy, a dopiero wtedy powoli przechodzi do esicy. Wypełnia się esica, przybierając kształt niedużego koła, i z niej bardzo powoli, jakby z trudnością, przedostaje się masa kontrastowa do okrężnicy zstępującej (patrz fotografja).

Rozpoznałem bliznowe zmiany w krezce esicy.



2 marca operacja. Zwykłem cięciem otworzyłem otrzewnę i wyłoniłem esicę. W pierwszej chwili wydawało się, że jest ona bardzo krótka, że ramiona jej są od siebie znacznie odległe, lewy listek otrzewny krezki był bliznowo zmieniony. Po nacięciu tej blizny pokazało się atoli, że jest to rozległa błona rzekoma, że przykrywa ona dalszy ciąg ramion esicy, które ku dołowi zbliżają się ku sobie i prawie stykają wskutek bliznowych zmian krezki. Lewy listek otrzewnej krezki esicy był zbliznowaciały. Nacięto go podłużnie od podstawy krezki aż do miejsca przyczepu kiszki. Wtedy początkowe odcinki ramion esicy rozsunięto na odległość 7—8 cm. Obnażoną powierzchnię pokryto wolnym płatem sieci dużej.

Przebieg pooperacyjny naogół pomyślny. Pierwsze dnie po operacji mocne wzdęcie brzucha. Czwartego dnia zaczęły odchodzić samoistnie wiatry. Pierwsze wypróżnienie 7 dnia po operacji po lawatywie, 10 dnia — samoistne, i od tego dnia samoistne wypróżnienia już to co dzień, już to co drugi dzień. Stan chorego poprawiał się, i na ogół czuł się on zupełnie dobrze.

27 dnia po operacji wykonano badanie radjologiczne, mianowicie wprowadzono masę kontrastową do odbytnicy. Bańka odbytnicy rozciągnęła się umiarkowanie, masa kontrastowa przeszła z łatwością do esicy, szybko ją wypełniła, następnie szybko przedostała się do okrężnicy zstępującej i do pozostałego odcinka okrężnicy. Widać było, że masa przeszkody nie napotyka. Esica wypełniona masą nie miała już postaci litery omegi, ramiona jej przebiegały, oddalając się od siebie, były one odległe od siebie na kilka centymetrów.

31 marca wdmuchiwanie powietrza do odbytnicy wykazało, że powietrze bardzo prędko z odbytnicy dostaje się do esicy, nie rozdymając jej nadmiernie, jak przed operacją, i następnie niebawem wypełnia całą okrężnicę aż do kątnicy. Po usunięciu zaciskadła powietrze w szybkiem tempie ucieka przez rurkę na zewnątrz.

2 kwietnia wprowadzono masę kontrastową przez usta; przebiegła ona przewód pokarmowy w tempie prawidłowem, po upływie 24 godzin znaleziono już tylko ślady masy kontrastowej w odbytnicy.

IV. Przypadek. Chora M. K. 32 letnia, przybyła do kliniki 16 maja 1922 r. Opowiada, że choruje od 10 lat, mianowicie miewa bóle po lewej stronie brzucha, ból w krzyżu, rozpieranie, uporczywe zaparcie stolca. Wypróżnienie zjawia się tylko po lawatywie, bez niej napróżno czeka i po dwa tygodnie na samoistne wypróżnienie. Po niem czuje się znacznie lepiej, bóle w lewej stronie brzucha ustępują; poprzednio nigdy na kiszki nie chorowała.

Badanie stwierdza wzrost średni, stan ogólny niezły, odżywienie nienajgorsze. Kościec, mięśnie, układ nerwowy, oddechowy, moczowy, narządy krwionośne w porządku. Brzuch wygląda prawidłowo, jest wysklepiony umiarkowanie. Wzmożonego ruchu robaczkowego kiszek nie stwierdza się ani samoistnie, ani wywołanego sztucznie; odgłos wypukowy wszędzie bębenkowy. Obmacywaniem stwierdza się prawidłowe napięcie powłok brzucha i wykrywa umiarkowaną bolesność na lewym talerzu biodrowym. W brzuchu nie wykrywa się nic nieprawidłowego.

Rozdymanie powietrzem od strony odbytnicy powoduje z początku wyraźne mocne rozdęcie esicy na lewym talerzu biodrowym, następnie zaś dość szybko wypełnia się cała okrężnica.

Badanie radjologiczne wykazało: masa kontrastowa prawidłowo przebiega aż do kiszki grubej, gdzie na długo — 48 godzin — zatrzymuje się w lewej połowie okrężnicy i w esicy. Masa kontrastowa, wprowadzona od strony odbytnicy, mocno wypełnia jej bańkę, względnie prędko przechodzi do esicy, która po wypełnieniu się przybiera kształt koła. Przejście masy do okrężnicy zstępującej jest prawidłowe.

Rozpoznawszy, że przyczyną dolegliwości chorej jest bliznowe zwężenie krezki esicy, prowadzące do omegowatego jej kształtu, 1 czerwca 1922 przystąpiłem do operacji. Cięcie zwykłe. Po wyłonieniu esicy na zewnątrz znaleziono, że jej początkowe odcinki są mocno ku sobie zbliżone wskutek tego, że na zewnętrznym, lewym listku otrzewnym krezki mieści się błona bliznowa, zdążająca od jednego ramienia do drugiego. Miejscami leży ona oddzielnie od otrzewnego listka krezki, tworząc kieszeń, miejscami przechodzi w sam listek otrzewny. Ku dołowi zlewa się ona z otrzewną ścienną, ku górze prawie dosięga ściany pętli. Błonę tę przecięto. Wtedy z łatwością rozsunięto ramiona esicy prawie na odległość 10 cm. U dołu był przyrośnięty do blizny lewy jajowód i jajnik. Powstałą na lewej powierzchni krezki esicy obnażoną powierzchnię pokryto wolnym płatem sieci dużej. Prawy listek otrzewny krezki esicy zmian nie przedstawiał. Pętla esicy wyglądała prawidłowo.

Na tem operację zakończono.

Okres pooperacyjny, naogół prawidłowy, był powikłany ostrym nieżytem drobnych oskrzeli. 4 dnia po operacji zaczęły odchodzić samoistnie wiatry, po kilku dniach wywołano pierwsze wypróżnienie zapomocą lewatywy, następne zaczęła chora oddawać samoistnie już to codzień, już to co drugi dzień. 23 czerwca opuściła klinikę, czując się zupełnie dobrze, przedoperacyjne dolegliwości znikły.

Badanie radjologiczne, wykonane po spożyciu masy kontrastowej i po wlaniu jej przez odbytnicę, wykazało stosunki prawie zupełnie prawidłowe.

V. Przypadek. Kobieta 39 letnia jest chora od kilku miesięcy. Uwagę chorej zwróciła trudność oddawania stolca oraz uporczywe jego zaparcie. Wypróżnienie wywoływała chora zapomocą środków czyszczących co 2—3 dni. Pozatem zjawiały się bolesne rozdymania brzucha. Po oddaniu stolca odczuwała znaczną ulgę; wymiotów nie miewała. Stolce ze śluzem. Powoli zaczęła tracić siły. Poprzednio na przewód pokarmowy nie chorowała.

Chora budowy delikatnej, odżywiona licho, powłoki zewnętrzne blade, nie gorączkuje. Organy wewnętrzne, i kościec zmian nie nastręczają.

Brzuch umiarkowanie wzdęty, wątroba i śledziona nie macalne. Poprzez wiotkie powłoki brzucha widać bardzo żywy ruch robaczkowy jelit. Bliższe badanie wykazuje, że — najprawdopodobniej — kurczą się w sposób wzmożony okrężnica poprzeczna i zstępująca. Odgłos wypukowy wszędzie bębenkowy. Obmacywanie brzucha, jak również badanie od strony pochwy nic nieprawidłowego nie wykrywa. Rozdymanie od strony odbytnicy wykazuje, że najpierw bardzo mocno rozdyma się esica, która w postaci bardzo dużego guza układa się na talerzu biodrowym lewym, a następnie guz, powiększając się, prawie dosiega do dołu biodrowego prawego.

Badanie radjologiczne po podaniu masy kontrastowej przez usta stwierdza bardzo opóźnione opróżnianie się kiszki grubej. Po wprowadzeniu zaś masy kontrastowej do odbytnicy widać, że najpierw ulega bardzo mocnemu wypełnieniu i rozciągnięciu odbytnica, a następnie masa bardzo wązkiem pasemkiem przedostaje się do esicy, która powoli wypełnia się i przybiera postać bardzo dużego koła.

28. VI. operacja. Cięcie zwykłe. Wyłoniona esica jest bardzo długa. Prawy listek otrzewny krezki niezmieniony, na lewym rozległe blizny, które mocno przyciągają ku sobie początkowe odcinki esicy. Blizny przecięto, wtedy ramiona esicy rozsunięto na kilka (10) centymetrów. Powstały na lewym listku otrzewnym brak wielkości dłoni pokryto wolnym płatem sieci dużej.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Czwartego dnia po operacji samoistny rzadki stolec, następnie stolec przychodził samoistnie prawidłowo codzień. 16. VII. chora opuściła klinikę w stanie zupełnie pomyślnym.

W przytoczonych przypadkach rozpoznano istotę cierpienia, jak widzimy, przed operacją. Sądzę, że da się ono w większości przypadków zbliznowacenia krezki zrobić trafnie na zasadzie objawów, które tak plastycznie zarysowują się z podanych wyżej historyj chorób.

Ponieważ objawy kliniczne ujawniają się wówczas, gdy zmiany bliznowe w krezce są już dość zaawansowane, przeto wiek chorego będzie wynosił nieco powyżej lat trzydziestu. Z wywiadów dowiemy się, że od szeregu lat miewa uporczywe zaparcia stolca, wzdęcia brzucha czyli objawy przewlekłego przewężenia przewodu kiszkowego, od czasu do czasu powikłane objawami zupełnej niedrożności; w innych przypadkach w obrazie chorobowym zarysowują się raczej same tylko objawy zupełnej niedrożności. Do tego dodać należy bóle w brzuchu, przeważnie w okolicy lewego dołu biodrowego. Objawów powyższych nie poprzedzało jakiekolwiek bądź schorzenie przewodu kiszkowego. Pomimo długiego trwania choroby znajdujemy stan ogólny chorego nienajgorszy. Badanie jamy brzucha może stwierdzić objawy wzmożonego ruchu robaczkowego ze strony okrężnicy całej, lub też jej lewej połowy. Guza w brzuchu nie znajdujemy, tylko w razie zastoiny kału w okrężnicy zstępującej stwierdzamy rzekomy guz kiełbasowaty, który po obfitem wypróżnieniu może zmniejszyć się lub zniknąć zupełnie. Uciskanie na talerz biodrowy lewy może być bolesne. W razie objawów zupełnej niedrożności głębokie wprowadzenie rurki odbytniczej lub wlewanie oliwy może niebawem usunąć te objawy. Najbardziej wszakże wartościowe wskazówki da nam badanie radjoskopowe, jak to widzieliśmy w podanych wyżej przypadkach. Należy również podkreślić wartościowe dane, jakie możemy otrzymać z rozdymania kiszki grubej od strony odbytnicy.

Co się tyczy leczenia, to — oczywiście — skuteczne jest jedynie leczenie operacyjne. Wszystkich metod operacyjnych, jakie możnaby w danem cierpieniu zastosować, wyliczać nie będę. Zaznaczyć tylko winienem, że, gdzie tylko będzie to rzeczą możliwą, należy uciec się do zabiegu najbardziej oszczędzającego, a tym będzie zabieg, który, zmieniając kształt względnie szerokość zbliznowaciałej krezki, pozwala rozsunąć początkowe odcinki esicy i w ten sposób niweczy warunki, prowadzące do załamywania się ramion esicy. Prof. Herman, operując chorą z powodu skrętu esicy, znalazł bliznowe zmiany w krezce esicy, głównie na wewnętrznym listku otrzewnym, naciął blizny podłużnie, rozsunął ramiona esicy, i zeszył górny brzeg braku w otrzewnej z brzegiem dolnym. Osobiście w przypadkach swych pokrywałem braki otrzewnej odpowiednio wielkiemi płatami wolnemi sieci. Sądzę, że tego rodzaju postępowanie jest słuszniejsze. Da się ono zastosować zawsze, następnie — przy zeszywaniu w kierunku popecznym otrzewnej, przeciętej w kierunku podłużnym, otrzewnej bardzo kruchej, szczególnie tam gdzie mamy do czynienia z dużą obnażoną powierzchnią na obu stronach krezki, mogą stworzyć się warunki niepomyślne dla naczyń krwionośnych, przebiegających w tem miejscu, to zaś odbije się szkodliwie na odżywianiu esicy.

Trudno przewidzieć, czy wtórne zmiany w przeszczepionym płacie sieci nie przyczynią się do nawrotu cierpienia. Dwuletni pomyślny wynik operacji w pierwszym spostrzeganym przypadku i dziewięciomiesięczny w przypadku drugim przemawiają przeciwko takim obawom.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga. Wiemy, jak częstem zjawiskiem jest w późniejszym wieku t. zw. nawykowe zaparcie stolca. Widzieliśmy, jak częstem zjawiskiem jest również w tym wieku zbliznowacenie krezki esicy. Rodzi się tedy pytanie, czy nie zachodzi ścisły związek przyczynowy pomiędzy temi dwoma zjawiskami. Osobiście jestem gotów twierdzić, że, jeżeli nie wszystkie, to duża część przypadków nawykowego zaparcia stolca jest następstwem zmian bliznowych w krezce esicy. Jeżeli zaś jest tak, to zamiast rozległych zabiegów operacyjnych, proponowanych ostatniemi czasy dla leczenia uporczywego zaparcia stolca przez autorów głównie angielskich, n. p. wycinania mniej lub bardziej rozległych odcinków okrężnicy, wystarczy drobny zabieg na krezce esicy, proponowany przezemnie w rozprawie niniejszej.

Prof. H. LUBIENIECKI. Poznań.

Leczenie w krwawieniach wewnętrznych za pomocą środków naczyniowych i odciągających.

(Ciąg dalszy).

II.

Po powyższych wyjaśnieniach o charakterze teoretycznym przejdziemy teraz do części praktycznej — do stosowania środków przy łożu chorego.

W tej części nasze wnioski będą oczywiście musiały opierać się na wiadomościach, których dostarcza nam o działaniu takiego czy innego środka współczesna farmakologja i hydroterapja. I gdyby późniejsze badania przyniosly jakiekolwiek dodatki lub zmiany naszych wiadomości o tych środkach (a to jest bardzo możliwe, bo niektóre zagadnienia są jeszcze mało wyświetlone), to odpowiednio musiałyby się zmienić i nasze zapatrywania na stosowanie tych środków w krwawieniach.

Zobaczmy teraz na konkretnych przykładach, o ile (mając na oku oba wyznaczone cele: pomniejszenie otworu i obniżenie ciśnienia krwi) możemy za pomocą środków naczyniowych rzeczywiście dopomóc choremu w przypadku krwawienia wewnętrznego? Omówmy poszczególnie krwawienia żołądkowe, jelitowe, płucne i mózgowe (zatrzymuję się tu na tych tylko krwawieniach, ponieważ z krwawień wewnętrznych mają one największe znaczenie praktyczne; krwawień macicznych, jako nie należących do zakresu chorób wewnętrznych, tu nie poruszam).

Krwawienia żołądkowe i jelitowe możemy rozpatrzeć jednocześnie.

Zaczniemy od stososowania w tychkrwawieniach środków farmakologicznych, mianowicie zwężających naczynia.

Do takich środków należą: sporysz, gorzknik kanadyjski (hydrastis canadensis), adrenalina, kofeina, kamfora, pituitryna, chlorek baru, poniekąd także naparstnica. Mówiąc o działaniu tych środków trzeba przedewszystkiem zaznaczyć, że z tych środków jeden tylko chlorek baru, jak to wiemy z doświadczeń prof. W. Orłowskiego, zwęża jednocześnie wszystkie naczynia ustroju, reszta zaś środków działa poniekąd wybiórczo (elektywnie). Mianowicie w dawkach leczniczych środki te zwężają przeważnie naczynia trzewne, naczynia zewnętrzne zaś (w skórze, mięśniach) zwężają się tylko w razie bardzo silnego działania tych środków, pod wpływem zwykłych dawek leczniczych mogą się natomiast nawet rozszerzać — biernie, wskutek wypierania krwi z jamy brzusznej do tych naczyń, lub nawet i czynnie, żeby przeciwdziałać podniesieniu ogólnego ciśnienia krwi; ustrój bowiem ma tę własność, że stara się utrzymać ciśnienie krwi na stałej wysokości.

A więc w przewodzie pokarmowym działanie środków zwężających jest nawet szczególnie wybitne.

Jakiż powinien być skutek zastosowania tych środków w krwawieniach w żołądku lub w jelitach? Naprzód zajmiemy się środkami. działającemi wybiórczo (tj. wszystkiemi środkami oprócz chlorku barowego).

Co do zmian, zachodzących pod działaniem tych środków w wielkości krwawiącego otworu, widzieliśmy już, że zmiany te mogą być albo obojętne, albo korzystne, albo szkodliwe dla chorego. Najczęściej, o ile wielkość otworu się zmieni, zmiana ta wypadnie pod działaniem środków zwężających prawdopodobnie na korzyść chorego, bo krwawienia z tych naczyń (drobnych tętnic), w których przeważnie zachodzą zmiany światła, są prawdopodobnie najczęściej końcowemi. Lekarz jednak nie może tego przewidzieć.

W nielepszem położeniu jesteśmy co do przewidywania także i w sprawie ciśnienia.

Po zwężeniu tętniczek przewodu pokarmowego ciśnienie w tętnicach podniesie się lub pozostanie na poprzedniej wysokości (jeżeli tętniczki obwodowe rozszerzą się czynnie), w naczyniach zaś włoskowatych i żyłach trzewnych ciśnienie się obniży, ponieważ zmniejszy się dopływ krwi do nich z tętnic. Z tego względu środki zwężające byłyby wskazane w krwawieniach żylnych, a przeciwwskazane w krwawieniach tętniczych (krwawienia miąższowe w rachubę właściwie nawet nie wchodzą, ponieważ są wogóle słabe i łatwo ustają same przez się przez utworzenie się skrzepu). Niestety tylko w krwawieniach z krwawnic a także w krwawieniach żołądkowych wskutek pęknięcia rozszerzonych żył w przypadkach zanikowej marskości wątroby wiemy napewne, że są to krwawienia żylne, we wszystkich zaś innych przypadkach nie możemy, na podstawie objawów klinicznych, wcale odróżnić krwawień tętniczych od żylnych. Mogą zachodzić tak jedne, jak i drugie, i jedne i drugie mogą być silne lub słabe, — zależnie od wielkości krwawiącego otworu.

Parę słów teraz o chlorku barowym. Oczywiście, że już, jeżeli wogóle ma się w krwawieniu w przewodzie pokarmowym zastosować jakiś środek zwężający, to powinno się wybrać którykolwiek ze środków wybiórczych, nie zaś chlorek barowy. Albowiem chlorek barowy powinien wywołać w tętnicach w każdym razie podniesienie ciśnienia krwi (rozszerzenie naczyń zewnętrznych tu przecież nie występuje), w żyłach zaś chlorek barowy nie wywoła tak wyraźnego obniżenia ciśnienia, jak środki wybiórcze, bo pod ich działaniem, wskutek odpływu krwi do naczyń zewnętrznych, dopływ krwi do żył przewodu pokarmowego będzie, przy jednakowem ciśnieniu w tętnicach, mniejszy. A więc chlorek barowy trzeba uważać, w porównaniu ze środkami wybiórczemi, za szkodliwszy w przypadkach krwawień tętniczych i za mniej pożyteczny w przypadkach krwawień żylnych.

Ostateczny więc wniosek o stosowaniu środków zwężających w krwawieniach przewodu pokarmowego jest ten, że tylko w krwawieniach z krwawnic i w krwawieniach żołądkowych w toku zanikowej marskości wątroby moglibyśmy stosować środki zwężające (wybiórcze) z uzasadnioną nadzieją dobrego skutku, ponieważ w tych krwawieniach ciśnienie w naczyniu krwawiącem, wzgl. w naczyniach je poprzedzających, obniża się, wielkość zaś otworu krwawiącego, prawdopodobnie wcale się nie zmienia (żyły wogóle nie kurczą się w takim stopniu, jak tętnice, a tembardziej żyły tak rozciągnięte i ścieńczałe, jak w omawianych krwawieniach; a więc czy krwawienia te będą końcowemi, czy też bocznemi « wielkość otworu się nie zmieni). We wszystkich innych przypadkach krwawień żołądkowych i jelitowych stosowanie środków zwężających byłoby stosowaniem na oślep, tak ze względu na wielkość krwawiącego otworu, jak szczególnie ze względu na ciśnienie krwi.

Niewielki dopisek o adrenalinie. Wszystko powyżej powiedziane powinno mieć znaczenie i co do adrenaliny, jako jednego ze środków zwężających (wybiórczych), jednak tylko w przypadkach stosowania pozajelitowego adrenaliny (pod skórę, wśródżylnie). Przy stosowaniu zaś per os, adrenalina, nie wywołując objawów działania ogólnego, a wiec będąc pod tym względem środkiem obojętnym, może być bardzo pożyteczna ze względu na miejscowe zwężenie naczyń — przeważnie tętniczek. Mianowicie na miejscu zetknięcia się z błoną śluzową w żołądku (a może nawet i w jelitach, o ile szybko przejdzie do nich) powinna adrenalina być bardzo pożyteczna w przypadkach krwawień miąższowych i żylnych; co do krwawień tętniczych, to w nich adrenalina nie pomoże, ale też i nie zaszkodzi.

Przejdźmy teraz do środków farmakologicznych rozszerzających naczynia. Takiemi środkami są: azotyn amylowy, nitrogliceryna i inne azotyny, antypiryna, aspiryna i inne środki przeciwgorączkowe, a poniekąd też i takie środki, jak alkohol, wodan chloralu itp. O środkach rozszerzających można powiedzieć, co następuje.

Środki te w dawkach mniejszych rozszerzają tylko naczynia zewnętrzne oraz mózgowe, a oprócz tego przetwory kwasu azotawego mają wybitną własność rozszerzania naczyń wieńcowych serca. Naczynia trzewne pod działaniem środków rozszerzających, podanych w dawkach niewielkich, mogą nawet się zwężać, wskutek dążności ustroju do podtrzymywania ogólnego ciśnienia krwi w tętnicach na stałej wysokości. I tylko po dawkach większych rozszerzają się także i naczynia trzewne, a w takim wypadku występuje już także znaczniejsze obniżenie ogólnego ciśnienia w tętnicach. Z takiego działania środków rozszerzających powinniśmy wnosić, że środki te, o ile będą zastosowane w dawkach małych, będą dla przewodu pokarmowego albo obojętne albo zwężające. W tym drugim przypadku działanie ich będzie jednak różnić się od działania środków zwężających właściwych pod dwoma względami:

Po pierwsze — ciśnienie krwi w układzie tętniczym nie będzie się podnosić, a nawet może cokolwiek się obniżyć.

Po drugie — wielkość krwawiącego otworu może także zmienić się inaczej, jak od środków zwężających właściwych. Wszystko tu będzie zależeć od tego, czy zwężenie naczyń będzie czynne, czy też bierne. Jeżeli będzie czynne, to wpływ jego na wielkość krwawiącego otworu będzie taki sam, jak

wpływ środków zwężających właściwych. Takiego czynnego zwężenia możemy, jak się zdaje, spodziewać się szczególnie od takich środków, jak alkohol, także antypiryna. Jeżeli zaś zwężenie będzie bierne, tj. tylko jakby wskutek elastyczności ściany naczyń, których napełnienie krwią zmniejszyło się, to w takim przypadku nie powinno wzróść napięcie (tonus) mięśni w ścianie naczyń, a więc w razie krwawienia bocznego zianie krwawiącego otworu nie powinno się powiększać. A ponieważ światło naczynia przed otworem w każdym razie się zmniejszy, można więc myśleć, że w razie biernego zwężenia naczyń odniosłoby się korzyść wskutek pomniejszenia krwawiącego otworu nie tylko w krwawieniach końcowych, lecz także i bocznych. Biernego zwężenia naczyń trzewnych możnaby, jak się zdaje, szczególnie spodziewać się od takich środków, jak azotyny. Na zasadzie tego wszystkiego teoretycznie mogłoby się zdawać, że środków rozszerzających, szczególnie azotynów, możnaby w krwawieniach żołądkowych i jelitowych próbować, zresztą tylko w dawkach małych i tylko wobec krwawień nie groźnych, bo inaczej zachodziłaby obawa zaszkodzenia choremu przez przyczynienie się do dalszego obniżenia ogólnego ciśnienia krwi i tak już zagrożonego. Co się tyczy dawek większych, wywołujących już rozszerzenie naczyń trzewnych, to oczywiście takie dawki wogóle byłyby bardzo ryzykowne, ponieważ byłyby bezwzględnie szkodliwe w krwawieniach końcowych z jednej strony (wskutek powiększenia otworu krwawiącego) i w krwawieniach żylnych — z drugiej strony (wskutek podniesienia ciśnienia w żyłach), nie mówiąc już o tem, że wobec krwawień silniejszych byłby dla chorego niebezpieczny ogólny spadek ciśnienia w tętnicach, który występuje po takich dawkach.

Teraz kilka uwag o stosowaniu z i m n a. W praktyce zwykle stosuje się pęcherz z lodem na brzuch. Jest to, jak już wspominałem, środek wprost obowiązujący tradycyjnie. O ile mi wiadomo, we Francji od czasów ostatniej wojny pęcherz z lodem stosują często nawet wogóle w każdym przypadku duru brzusznego, ażeby zawczasu zapobiec krwawieniu jelitowemu. Niemieccy autorowie co prawda zachowują względem korzyści pęcherza z lodem pewną rezerwę. Odzywają się np. głosy, że pęcherz z lodem jest korzystny tylko o tyle, o ile zmusza chorego do zaniechania ruchów. Nikt, zdaje się, jednak nie twierdzi, że pęcherz z lodem mógłby w krwawieniu w przewodzie pokarmowym zaszkodzić. Tradycja stosowania pęcherza z lodem bierze początek oczywiście ze spostrzeżenia, że w miejscu oziębianem powstaje niedokrwienie, i krwawienie (miąższowe lub nawet żylne) ustaje. Jednakowoż zimno, zastosowane na powłoki zewnętrzne, nie sięga odrazu głęboko: naprz. ciepłota otrzewnej obniża się (o parę stopni, i do 4,5⁰, — znaczenie ma przy tem grubość ściany brzusznej) dopiero po kilkogodzinnem trzymaniu pęcherza z lodem. Na początku zaś działanie pęcherza z lodem na naczynia trzewne może wystąpić tylko za pomocą odruchu naczyniowego. O ile o takich odruchach dotychczas wiadomo, zimno, przy zastosowaniu na powłoki zewnętrzne, wywołuje na znacznej przestrzeni oprócz miejsca zastosowania, zwężenie naczyń zewnętrznych i jednocześnie rozszerzenie naczyń w trzewach (w nerkach naczynia zwężają się). To rozszerzenie naczyń trzewnych może nie być tak znaczne, żeby móc przeciwdziałać podniesieniu się ogólnego ciśnienia krwi w tętnicach wskutek zwężenia naczyń zewnętrznych, a więc ostatecznie ogólne ciśnienie krwi w tętnicach może się podnieść.

Zimno więc, zastosowane na powłoki zewnętrzne, jest na początku swego działania (i dość długo) dla naczyń przewodu pokarmowego środkiem rozszerzającym i przy tem czasem podnoszącym ogólne ciśnienie w tętnicach.

Praktyczny wniosek byłby stąd ten, że pęcherz z lodem na brzuch, o ile wywołuje dostatecznie silny odruch naczyniowy, a więc nie jest środkiem obojętnym, należałoby uważać za zabieg szkodliwy w krwawieniach końcowych (wskutek powiększenia krwawiącego otworu), w krwawieniach miąższowych i żylnych (wskutek wzrostu ciśnienia w naczyniach włosowatych i żyłach), a czasem i w krwawieniach tętniczych (o ile ciśnienie podniesie się także i w tętnicach).

Na podstawie przeto powyższych rozumowań lepiej byłoby zaniechać tradycji i zamiast zimna stosować raczej c i e p ł o, jako czynnik, działający na naczynia wręcz przeciwnie, a mianowicie tak, jak działają środki rozszerzające — antypiryna itp. Nadmienić tylko należy, że ciepło powinno być tylko umiarkowane, bo g o r ą c e procedury przecież także wywołują zwężenie naczyń na miejscu zastosowania oraz, być może, takie same odruchy, jak i zimno.*)

Ażeby skończyć z krwotokami w przewodzie pokarmowym, dodam, że ostatniemi czasy autorowie niemieccy (Zweig, Boas) stosują w krwawieniach żołądkowych z i m n e i g o r ą c e l e w a t y w y, licząc oczywiście na odruchowe działanie tych zabiegów. Ponieważ jednak o odruchach naczyniowych, które tu mogą powstać, nic jeszcze dokładnie nie wiadomo, nie mamy więc tymczasem podstawy do oceny wartości tych zabiegów.

Inaczej, jak w krwawieniach przewodu pokarmowego, przedstawia się stosowanie środków naczyniowych w krwawieniach p ł u c n y c h.

Przedewszystkiem omówmy tu wpływ środków naczyniowych na ilość krwi, przypływającej z krążenia wielkiego do (prawego) serca wzgl. do płuc.

Ażeby lepiej zrozumieć zachodzące tu zmiany, zobaczmy z początku, jakie skutki dla krążenia pociąga za sobą rozszerzenie naczyń wyłącznie trzewnych (zachodzące np. przy podrażnieniu przewodu pokarmowego środkami przeczyszczającemi, a w najsilniejszym stopniu — przy zapaleniu otrzewnej itp.). Przy takiem rozszerzeniu dopływ krwi do naczyń włoskowatych i do żył, niosących krew do żyły wrotnej, zwiększa się. A ponieważ krew ta musi jeszcze przejść przez nową sieć naczyń włoskowatych w wątrobie, co niewątpliwie stwarza znaczną przeszkodę dla odpływu krwi z żyły wrotnej, przeto ten odpływ nie będzie nadążać za dopływem i wskutek tego pewna ilość krwi powinna pozostać w układzie żyły wrotnej, będąc wykluczoną z ogólnego obiegu krwi. Jednocześnie naczynia zewnętrzne (skóry, mięśni), przeciwdziałając obniżeniu ogólnego ciśnienia krwi w krążeniu wielkiem, zwężą się, tak że przejście krwi z układu tętniczego do naczyń włoskowatych i do żył w naczyniach zewnętrznych utrudni się. Wszystkie te zmiany, sumując się, powinny zmniejszyć ilość krwi, dążącej do serca.

Mając na względzie takie działanie rozszerzenia naczyń trzewnych na dopływ krwi do serca, dojdziemy łatwo do wniosku, że środki działające wręcz przeciwnie, tj. zwężające wybiórczo (elektywnie) naczynia w jamie brzusznej, a więc sporysz, gorzknik kanadyjski itd. (z wyjątkiem chlorku barowego) muszą w z m a g a ć dopływ krwi do serca wzgl. do płuc. Tak samo i tak zw. środki rozszerzające naczynia (azotyny, przeciwgorączkowe itd.), jako rozszerzające właśnie naczynia zewnętrzne i wywołujące (w małych dawkach) zwężenie naczyń trzewnych, także będą powiększać dopływ krwi do krążenia małego. Przeto środki farmakologiczne naczyniowe, tak zwężające (z wyjątkiem chlorku barowego), jak i rozszerzające, powiększają dopływ krwi z krążenia wielkiego do serca wzgl. do krążenia małego. Już ta okoliczność nakazywałaby zaniechać, przynajmniej do lepszego wyświetlenia tej sprawy, stosowania tych środków w krwawieniach płucnych. Powiększony bowiem dopływ do krążenia małego powinien wywołać: 1) podniesienie ciśnienia krwi w całem krążeniu małem lub przynajmniej w jednej jego połowie — tętniczej (o ileby zaszło jednocześnie zwężenie tętniczek) lub żylnej (o ileby tętniczki rozszerzyły się czynnie) i 2) najczęściej powiększenie krwawiącego otworu, a to dla tego, że wobec powiększonego napełnienia krwią krążenia małego powinno nastąpić bierne rozszerzenie jego naczyń (chyba, że tętniczki zwężą się od środków zwężających, ale w takim przypadku podniosłoby się bardzo znacznie ciśnienie w tętnicach), a więc i rozciąganie krwawiącego otworu, i to nie tylko w krwawieniach końcowych, lecz także w bocznych.

Wobec takiego działania wymienionych środków na dopływ krwi do krążenia małego uważałbym za zbyteczne roz-

*) Nie będzie zbytecznem dodać, że ogrzewanie brzucha uspakaja w przewodzie pokarmowym ruch robaczkowy, oziębienie zaś może go wzmóc, a przecież przy krwawieniach w tym przewodzie trzeba ruch robaczkowy właśnie uspokoić.

patrywać dokładniej działanie tych środków specjalnie na naczynia krążenia małego, tembardziej, że to działanie jest jeszcze wogóle niedostatecznie zbadane. (Dok. nast.)

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. TADEUSZ WICZYŃSKI. Lwów.

O stosowaniu koloido- i proteinoterapji przy zakażeniu połogowem [1]).

(Z oddziału położn. — ginekol. państw. szpitala powszechnego we Lwowie).
(Prymarjusz: Prof. Dr. Adam Sołowij).

Sprawozdanie niniejsze dotyczy 20 przypadków zakażenia połogowego leczonych t. zw. leczeniem proteinowem wzgl. leczeniem mieszanem: proteinowem i koloidowem. Ze sprawozdania tego wyłączam przypadki leczone od szeregu lat tylko leczeniem koloidowem, do którego, wedle dzisiejszych pojęć, w pewnej mierze odnieść należy stosowanie preparatów koloidowych srebra. —. Stanowisko nasze wobec leczenia zakażenia połogowego temi preparatami jest zdecydowane, aczkolwiek niewyjaśnione, a da się streścić w tem, że, wobec bezsilności naszej w leczeniu zakażenia połogowego, nie należy pomijać, obok stosowania całego leczenia objawowego, także i stosowania preparatów koloidowych srebra. Preparaty te mimo, że nie spełniły przypisywanego im początkowo zadania, gdyż nie okazały się ani swoistemi w zakażeniu połogowem, ani bakterjobójczemi w znaczeniu Ehrlicha, mimo to jednak w pewnych przypadkach wywierają wpływ dodatni, przyczyniając się do łagodniejszego, czy też szybszego, przebiegu choroby. O tyle więc tylko o tych preparatach w sprawozdaniu niniejszem wspominam, że na tle badań Weichardta, Gröera i. i. należy i w tych preparatach dopatrywać się nie wyłącznie tylko działania srebra, lecz conajmniej obok tego, a może nawet wyłącznie, działania samych koloidów, analogicznego do działania ciał białkowych na żywotność tkanek (Wzmożenie zdolności do życia przez uczynnienie pierwoszczy komórkowej wedł. Weichardta, lub działanie ergotropowe wedł. Gröera).

Jeśli jeszcze i dziś nie wszyscy autorowie zdanie to podzielają (Vogt, Dietrich), to w każdym razie można powiedzieć, że w nauce coraz bardziej utrwala się pogląd, że dotychczasowe i od szeregu lat znane wyniki leczenia zakażenia połogowego preparatami koloidowemi srebra są podobne do wprowadzonej świeżo do nauki, a tak powszechnie już dziś stosowanej, proteinoterapji.

Codzienne doświadczenie poucza, że obok przypadków zakażenia połogowego, w których preparaty koloidowe srebra zdają się wywierać wpływ dodatni na przebieg choroby, są i przypadki o przebiegu ciężkim, zachowujące się zupełnie opornie tak wobec tych preparatów, jak wobec wszelkich dotychczasowych sposobów leczenia. Stąd nic dziwnego, że każdy nowy środek leczniczy bardzo szybko się rozpowszechnia na to, aby po początkowym okresie częstokroć nieuzasadnionego entuzjazmu spotkać się z czasem ze słuszną oceną, opartą na tle poważnych dat statystycznych. Nic także dziwnego, że, kiedy w tak znacznej ilości przypadków zawiodły wszystkie dotychczasowe próby swoistego leczenia zakażenia połogowego, z tem większym zapałem zwrócono się do proteinoterapji, jako leczenia nieswoistego, lecz ogólnego. W chwili obecnej sprawa powyższa jest jeszcze w okresie badań i z dnia na dzień niemal mnożą się coraz to nowe spostrzeżenia; szczególnie co do praktycznej wartości proteinoterapji. Takie sprawozdanie, ze stanowiska wyłącznie praktycznego, podaję poniżej.

Od dwóch mniejwięcej lat mieliśmy sposobność na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala państwowego we Lwowie stosować proteinoterapję w 19 przypadkach zakażenia połogowego; do tej liczby dołączam 1 przypadek z mej praktyki prywatnej. — Liczba to stosunkowo nieznaczna, a pochodzi to stąd, że dla uzyskania krytycznej oceny nie stosowaliśmy proteinoterapji w każdym przypadku podniesienia ciepłoty w połogu, lecz dobieraliśmy przypadki zdecydowane, od kilku dni gorączkujące, w znacznej większości ciężkie; stąd też procent wyników dodatnich jest mniejszy, ale też uniknęliśmy zanotowania wyniku dodatniego tam, gdzie dwu-, lub trzydniowa podwyżka ciepłoty ustępuje i bez proteinoterapji, a nawet bez wszelkiego leczenia farmakologicznego, jak to poucza doświadczenie codzienne. Ciężkość przypadków określaliśmy według obrazu klinicznego, do którego, jako kryterjum dołączaliśmy badanie bakterjologiczne, pewne tylko w razie wyniku dodatniego. — Do wstrzykiwań, zawsze dokonywanych wśródmięśniowo, używaliśmy wyjałowionego mleka, jako srodka najłatwiej i wszędzie dostępnego. Na 20 przypadków w 14 używaliśmy wyłącznie mleka, w 6 innych stosowaliśmy leczenie mieszane, a mianowicie oprócz proteinoterapji także koloidoterapję w postaci wstrzykiwań wśródmięśniowych preparatów koloidowych srebra (argokol Klave [5 razy], elektrargol Clin [1 raz], — Podawaliśmy dawki stosunkowo wielkie: mleka po 5—10 cm^3 co 3—4—5 dzień, w przypadkach zaś leczenia mieszanego po 5 cm^3 argokolu wzgl. elektrargolu, naprzemian z mlekiem co 3 - 4 dni. — Ilość dawek wahała się od 2—18, najczęściej 4—7, zależnie nietylko od wskazania, ale i od możności podawania dalszych dawek; obok bowiem nielicznych przypadków, w których po 2—3 wstrzyknięciach mleka dalsze dawki okazały się zbyteczne, gdyż chore przestały gorączkować i szybko przychodziły do zupełnego zdrowia, mieliśmy częściej przypadki, w których podawanie dalszych dawek było uniemożliwione zabraniem chorej ze szpitala bez objawów poprawy lub śmiercią chorej. Większa ilość dawek pochodzi stąd, że nie zrażaliśmy się brakiem objawów poprawy po pierwszych kilku wstrzyknięciach, a dotyczy to przypadków o przebiegu mniej gwałtownym a więcej przewlekłym. — Miejscowo (zewnętrzna strona uda) nie zauważyliśmy po wstrzyknięciach mleka nigdy zmian poważniejszych, oprócz zaczerwienienia i lekkiej bolesności, utrzymującej się najwyżej 1—2 dni, a ustępującej bez leczenia lub po podaniu okładów kwaśnych.

Co się tyczy odczynu ogólnego, trudno na podstawie zbyt małej liczby naszych przypadków podać procentowo dane, dotyczące t. zw. fazy ujemnej i fazy dodatniej tegoż odczynu. Pod tym względem poszczególne przypadki zachowywały się najrozmaiciej, przyczem ogólnie powiedzieć można, że częściej zdarzało się nam widzieć jakieś wybitne objawy fazy dodatniej, niż fazy ujemnej. W t. zw. fazie ujemnej kilkakrotnie zauważyliśmy znaczne podwyższenie ciepłoty, czasem połączone z dreszczem mniej lub więcej silnym; poważniejszych zaburzeń ze strony tętna nie stwierdziliśmy; inne przypadki nie oddziaływały zwyżką ciepłoty w tej fazie lub też przeciwnie zanotowaliśmy odrazu jej obniżenie. W niektórych przypadkach faza ujemna występowała wybitniej po pierwszem wstrzyknięciu, w innych razach po wstrzyknięciach dalszych. Objawy zapadu zanotowaliśmy raz tylko po pierwszem wstrzyknięciu; natomiast nie spotykaliśmy groźniejszych objawów nadwrażliwości po wstrzykiwaniach dalszych, mimo rozmaitych odstępów czasu między poszczególnemi, częstokroć licznemi i wielkiemi dawkami. Częściej i wybitniej występowały objawy t. zw. fazy dodatniej, a mianowicie na drugi dzień po wstrzyknięciu mleka występował u pewnej liczby chorych spadek ciepłoty stopnia różnego, czasem do 37° i poniżej, przy równoczesnej poprawie tętna; również często spostrzegaliśmy u chorych polepszenie się samopoczucia, bóle dołem brzucha samoistne i bolesność na ucisk w dole jamy brzusznej ustępowały, w kilku przypadkach zanotowano poty i zwilgocenie języka przedtem suchego. Ten fakt ze szczególnym naciskiem podnosimy, jako istotną praktyczną wartość proteinoterapji; stan ten, z wielu stron podnoszony wprost jako euforja, trwa 1 lub 2 - 3 dni, poczem objawy choroby powracają, lub chora przechodzi w okres ozdrowienia.

Ze stanowiska praktycznego, obok poprawy wspomnianego częstokroć niestety tylko chwilowego samopoczucia w fazie dodatniej — najważniejszy jest wynik końcowy proteinoterapji. — I pod tym jednak względem trudno na podstawie naszej skromnej w tej chwili liczby przypadków wyciągnąć procentowe wnioski, dające obraz porównawczy z innemi spo-

---

[1]) Wedł. dyskusji w Lwow. Tow. lek. dn. 8. IV. 1922.

sobami leczenia. Naogół możemy stwierdzić, że nie zauważyliśmy nigdy wpływu ujemnego proteinoterapji, i to tak, jak wspomniałem, bezpośrednio po wstrzyknięciu, gdyż, poza wspomnianym jednym przypadkiem chwilowego zapadu w t. zw. fazie ujemnej, ta ostatnia nigdy nie była groźną, jak również w wyniku końcowym nie spostrzegliśmy wpływu ujemnego. Od tej reguły należy odliczyć może 2 przypadki, do czego jeszcze powrócimy. — Z ogólnych uwag należy jeszcze podkreślić, że im silniejszy był odczyn ogólny pierwszy w danym przypadku, tem lepiej przedstawiał się wynik końcowy leczenia.

Poszczególne przypadki, poddane przez nas leczeniu proteinowemu w przedstawionym okresie zapoznawania się z tem ostatniem, mają — jak wspomniałem — tę cechę wspólną, że są to przeważnie postacie cięższe zakażenia połogowego. W poszczególnych jego grupach i postaciach przedstawiają się wyniki leczenia proteinowego następująco:

Mieliśmy 4 przypadki zakażenia po poronieniu i 16 przypadków zakażenia po porodzie.

Z czterech przypadków po poronieniu, dwa przedstawiały obraz zakażenia ciężkiego, lecz umiejscowionego: jeden pod postacią ostrego zapalenia rozległego tkanki przymacicznej, drugi tkanki okołomacicznej. W przypadku pierwszym, ze względu na szybkie zejście sprawy, od początku bardzo rozległej, należałoby może uważać wynik leczenia proteinowego (5 wstrzyknięć po 10 cm^3 mleka) za korzystny o tyle, że szybkie zropienie i przebicie ropnia przez tylne sklepienie w ciągu 12 dni po pierwszem wstrzyknięciu znacznie skróciło przebieg choroby. W przypadku drugim leczenie okazało się zupełnie bezskuteczne — przypadek skończył się śmiercią. W dwu dalszych przypadkach, przebiegających pod postacią zakażenia ogólnego, wynik leczenia nie da się określić; pierwszy z nich po dwu początkowych wstrzyknięciach usunął się z pod dalszego leczenia bez poprawy; drugi, połączony z ostrem zapaleniem żyły udowej lewej, skończył się wprawdzie wyzdrowieniem, sprawa jednak trwała bardzo długo i mogła tak samo przebiegać i bez leczenia białkowego. Ze względu jednak na bardzo ciężki stan, w jakim chorą oddziałowi dostarczono, i na początkowo ostry przebieg choroby, nie da się wykluczyć wpływ dodatni proteinoterapji w tym przypadku. Chora otrzymała 9 x 10 cm^3 mleka i 6 x 5 cm^3 argokolu.

Nadmienić muszę, że, jak to z wielu stron podnoszono (Hiess z kliniki Pehama), nie bez znaczenia jest termin rozpoczęcia w przypadku danym leczenia białkowego, wzgl. koloidowego, licząc od wystąpienia pierwszych objawów zakażenia. Z tego punktu widzenia powyższe przypadki, z wyjątkiem jednego, przywieziono w stosunkowo wczesnym okresie choroby, a leczenie rozpoczęto natychmiast po ustaleniu postaci chorobowej.

Inaczej pod tym względem przedstawia się druga grupa, a mianowicie 16 przypadków zakażeń po porodzie. Z tej liczby 4 przypadki dostawiono w czasie ponad 2 tygodnie po porodzie, — 7 przypadków zgłosiło się przed upływem 2 tygodni; wreszcie 5 przypadków uległo wprawdzie zakażeniu po porodzie odbytym w stanie zakażonym, w jednym stwierdzono badanie się przez chorą (autoexploratio), w ostatnim wreszcie przyczyny zakażenia połogowego nie wyjaśniono.

Z czterech chorych, przyjętych w okresie ponad dwa tygodnie po porodzie, jedna przedstawiała obraz ciężkiego zakażenia ogólnego; chorą tę po dwu dawkach mleka bez żadnego wpływu na obraz chorobowy zabrano ze szpitala w stanie beznadziejnym. — Trzy dalsze przypadki wykazywały obraz sprawy ostrej, lecz umiejscowionej: dwa razy w tkance przymacicznej, jeden raz w tkance przy i okołomacicznej. Leczenie białkowe nie wpłynęło w tych trzech przypadkach dodatnio na przebieg choroby, i to tak co do czasu jej trwania, jak i co do jej nasilenia. U jednej zaś chorej, ze znacznym wysiękiem w przymaciczach, po jednem wstrzyknięciu mleka wystąpiło ostre zapalenie stawu biodrowego lewego. Gdybyśmy mieli w tym przypadku pewność, że tłem zakażenia była rzeżączka, moglibyśmy w fakcie powyższym dopatrywać się nietylko potwierdzenia poglądu z wielu stron wypowiadanego, że leczenie białkowe ułatwia umiejscowienie zakażenia, lecz moglibyśmy także przypuścić, że nie pozostaje ono bez wpływu na umiejcowienie się sprawy chorobowej, które — jak wiadomo — zależne jest od tła choroby. Jeśli więc w przypadkach ogólnych zakażeń połogowych dodatni wpływ proteinoterapji zaznacza się ułatwieniem umiejscowienia zakażenia połogowego w miejscach dla tegoż przeznaczonych, t. j. w przy- i okołomaciczu, to w naszym przypadku ten sam moment okazałby się szkodliwym. Sprawa bowiem, już przed rozpoczęciem leczenia umiejscowiona w przymaciczu, »przeniosła się« po rozpoczęciu leczenia z powodu przypuszczalnego tła rzeżączkowego do miejsca bardziej usposobionego, a mianowicie do jednego z dużych stawów. Pewności tła rzeżączkowego nie mamy, obok jednak powyższego faktu, który sam przez się może rzucać pewne podejrzenie co do tła choroby, mamy do zanotowania fakt inny, potwierdzający w pewnym stopniu to podejrzenie; dalsze bowiem leczenie białkowe (5 x 10 cm^3 mleka) pozostało bez wpływu na przebieg choroby, natomiast zastosowanie potem leczenia swoistego (arthigon) wpłynęło bezsprzecznie korzystnie na cały obraz chorobowy a szczególnie na zapalenie stawu biodrowego.

Nieco lepiej przedstawiają się wyniki leczenia omawianego w grupie przypadków przybyłych do nas we wcześniejszym okresie choroby, naogół przed końcem 2 tygodnia połogu. Z siedmiu chorych do tej grupy należących w dwu przemawiał obraz kliniczny za zakażeniem miejscowem z silniejszą tylko resorbcją toksyn (*toksaemia)*; w jednym z nich, mimo leczenia białkowego (6 x 10 cm^3), z początkowej bolesności przymacicza lewego przyszło do wytworzenia się wysięku, na którego długi przebieg i zejście dalsze leczenie białkowe żadnego nie miało wpływu. — W przypadku drugim taka sama bolesność przymacicza i ogólne objawy zatrucia ustąpiły po dwu dawkach mleka. Do tej grupy dołączam wspomniany przypadek z mej praktyki prywatnej, jako podobny do powyższych tak co do klinicznej postaci zakażenia, jak i co do terminu objęcia chorej w leczenie. U tej jednak chorej bolesność przymacicza nie ustąpiła, lecz przy równoczesnem ustąpieniu ogólnych objawów zatrucia przyszło do nader szybkiego zropienia wysięku, nadającego się w stosunkowo bardzo krótkim czasie do leczenia operacyjnego cięciem Bardenheuera. W 5 dalszych przypadkach mieliśmy, wedle obrazu klinicznego, do czynienia z ciężkiemi postaciami zakażenia połogowego ogólnego (*septicaemia*), aczkolwiek badanie bakterjologiczne nie we wszystkich przypadkach potwierdziło to rozpoznanie. Z pięciu chorych tu należących dwie zmarły, mimo stosunkowo wczesnego zastosowania leczenia omawianego. Obie otrzymały znaczną ilość dawek i ten moze fakt tłumaczy objawy daleko posuniętego charłactwa u jednej z tych chorych, która otrzymała 10 x 10 cm^3 mleka i 8 x 5 cm^3 argokolu (*Proteinogene Kachexie?)*. Sekcja wykazała u niej typowy obraz ciężkiego, ogólnego zakażenia połogowego. U drugiej chorej po 2 bezskutecznych dawkach elektrargolu (Clin) podaliśmy mleko, które również okazało się bezskutecznem. Trzecia chora została zabrana z oddziału po 3 dawkach mleka bez objawów poprawy. U czwartej i piątej chorej tej grupy zanotowaliśmy końcowy wynik leczenia białkowego, jako dodatni; u jednej z nich bowiem od tygodnia trwający obraz kliniczny ciężkiego zakażenia polepszył się znacznie w t. zw. fazie dodatniej już po pierwszem wstrzyknięciu mleka; dawkę tę powtórzono, gdy po kilku dniach ciepłota zaczęła się podnosić, poczem dalsze dawki były już zbyteczne, gdyż chora szybko przeszła w okres zupełnego ozdrowienia. Nadmienić muszę, że u tej chorej i t. zw. faza ujemna po obu dawkach mleka (a 10 cm^3) zaznaczyła się bardzo wybitnie. — U drugiej chorej, przybyłej do nas w 3 dni po porodzie, byliśmy wprawdzie zmuszeni powtórzyć wstrzyknięcie mleka 5 razy, jeśli się jednak uwzględni, że bakterjologiczne badanie krwi w tym przypadku wykazało bardzo liczne kolonie łańcuszkowców hemolitycznych, to i w tym przypadku wynik leczenia musimy uważać za dodatni. I u tej chorej t. zw. faza ujemna, szczególnie po pierwszem wstrzyknięciu mleka, była bardzo wybitna.

Z pozostałych 5 przypadków, które rodziły na oddziele

i z rozmaitych powodów — jak to wyżej wspomniałem — uległy zakażeniu połogowemu, trzy chore od początku przedstawiały obraz ciężkiej ogólnej posocznicy. Z tych trzech chorych, dwie zmarły mimo wczesnego zastosowania mleka w jednym przypadku, a mleka i argokolu w przypadku drugim; trzecia chora po dwu dawkach mleka została zabrana ze szpitala bez poprawy. Natomiast dwie chore, których obraz kliniczny od początku wykazywał dążność do umiejscowienia się zakażenia (bolesność przymaciczy, a ogólne objawy, przemawiające tylko za silniejszem wessaniem toksyn), w krótkim czasie opuściły oddział, jako wyleczone. Jedna z tych chorych otrzymała 4 dawki mleka, druga 5 dawek mleka i argokolu; u obu bolesność przymacicza nie ustąpiła, lecz przyszło do wytworzenia się wysięku, który ustąpił w stosunkowo krótkim czasie — przy równoczesnem jednak stosowaniu innych, znanych sposobów leczenia.

Jeżeli się teraz na tle powyższego zestawienia nielicznych, co prawda, przypadków, lecz przedstawiających tak różnorodne postacie zakażenia połogowego, zastanowimy, jaka jest wartość praktyczna proteino- i koloidoterapji w schorzeniu omawianem, odpowiedź nasza, mimo, że nie może być owiana zbytnim entuzjazmem, musi jednak wypaść na korzyść tego leczenia. Jako bezsprzeczną zaletę tego leczenia z chwilą oddania go w szerszą praktykę lekarską, podkreślamy podnoszoną z wielu stron, a i przez nas stwierdzoną, nieszkodliwość tego leczenia; w szczególności odnosimy to do wstrzykiwań mleka, inne bowiem preparaty białkowe nie były nam w naszem leczeniu szpitalnem dostępne; nieszkodliwość tę, wzmiankowaną w pierwszej części niniejszego sprawozdania, podtrzymujemy mimo wspomnianych powyżej dwu ewentualnych wyjątków od tej reguły, a to dlatego, że w przypadku pierwszym podejrzenie »przeniesienia się« pod wpływem mleka procesu chorobowego z przymacicza do jednego z wielkich stawów, jako do miejsca, ze względu na przypuszczalne tło rzeżączkowe, bardziej usposobionego, wypowiadamy, jako bardzo ostrożne przypuszczenie, nie mamy bowiem, poza zestawieniem chronologicznem żadnego dowodu, że ta kby się nie stało i bez owego pierwszego wstrzyknięcia mleka. W przypadku zaś drugim ewentualne charłactwo proteinowe po licznych i wielkich dawkach mleka dałoby się uniknąć zmniejszeniem dawek, które i tak w myśl obecnie ustalonych poglądów stosujemy w dawkach mniejszych, niż w okresie zapoznawania się z proteinoterapją. Nie jest również wykluczone, że ostatni moment mógł mieć pewne znaczenie i w przypadku pierwszym.

Sprawozdanie niniejsze potwierdza również wielokrotnie spostrzeżenie, dotyczące polepszenia się stanu podmiotowego chorych w t. zw. fazie dodatniej odczynu ogólnego po poszczególnych wstrzyknięciach mleka, co stanowi niewątpliwą wartość proteinoterapji, i to nawet w przypadkach, w których wpływ tejże na wynik końcowy leczenia nie da się jasno uchwycić. Pozatem nasze przypadki wskazywałyby na to, że odczyn ogólny, szczególnie w swej fazie ujemnej, i wynik końcowy leczenia nie są objawami niewspółmiernemi, lecz, że w poszczególnych przypadkach są one niejednokrotnie proporcjonalnie podkreślone, tak, że możnaby myśleć o zależności tego ostatniego od stopnia nasilenia odczynu ogólnego.

Przeglądając nasze historje chorób nie możemy wyrobić sobie stanowczego zdania, dla której z tak licznych postaci zakażenia połogowego proteinoterapja ze względu na jej wynik końcowy najbardziej się nadaje. — Obok bowiem przypadków zakażeń stopnia lżejszego, w których omawiane leczenie okazało się zupełnie bez wpływu, spotykamy przypadki niewątpliwie ciężkie, w których nie możemy się oprzeć wrażeniu, że wpłynęło ono korzystnie na przebieg choroby, a to głównie i najczęściej w kierunku ułatwienia, względnie przyśpieszenia umiejscowienia zakażenia w przypadkach, z których, co prawda, znaczna większość dążność tę do umiejscowienia od początku choroby wykazywała. Jakie momenty tu odgrywają rolę a dalej, czy i o ile proteinoterapja mogła we wspomnianym kierunku odegrać rolę decydującą — na to trudno odpowiedzieć ze ścisłością dowodu. Podnoszony z wielu stron stan konstytucjonalny chorej zapewne nie jest bez znaczenia, obok tego jednak, zdaniem naszem, bardzo ważne ma znaczenie uchwycenie takiej chwili, w której przez zastosowanie proteinoterapji można jeszcze zmobilizować cały zapas ciał ochronnych w walce z zakażeniem. Z tego zatem punktu widzenia powinno się leczenie białkowe rozpoczynać w jak najwcześniejszym okresie choroby. Widzieliśmy bowiem i wśród naszych nielicznych chorych obok wspomnianych przypadków, w których korzystne działanie leczenia białkowego zaznaczyło się ułatwieniem umiejscowienia zakażenia pod postacią wysięku, także i przypadki, w których z takiej samej, jak u poprzednich chorych, bolesności przymaciczy, do wytworzenia się wysięku nie przyszło, lecz przy równoczesnej poprawie stanu ogólnego bolesność ta ustąpiła i chore szybko przechodziły w okres zupełnego zdrowia. Toby były te nieliczne przypadki, w których proteinoterapja mogła mieć znaczenie rozstrzygające o losie chorej. W pewnym stopniu potwierdzenie takiego poglądu znachodzimy w zupełnej bezskuteczności leczenia białkowego, zastosowanego w przypadkach zaniedbanych. Czy i o ile w przypadkach początkowych niepewnych, w których mimo wczesnego zastosowania proteinoterapji, przyszło do wytworzenia się wysięku, dalsze stosowanie tego leczenia może wpłynąć na los wysięku, a to w kierunku jego mniej lub więcej szybkiego rozejścia się, względnie zropienia i przebicia — na to również nie możemy z całą ścisłością odpowiedzieć, wiadomo bowiem, jak bardzo rozmaicie te przypadki przebiegają. Pozostawiając to pytanie jako nierozstrzygnięte, musimy jednak zaznaczyć, że w niektórych przypadkach mieliśmy wrażenie korzystnego wpływu proteinoterapji odnośnie do czasu trwania choroby, naturalnie przy równoczesnem stosowaniu także wszelkich innych sposobów leczenia.

Obok powyższych zagadnień co do wpływu proteinoterapji na sam przebieg zakażenia połogowego, niemniej ważne ze stanowiska społecznego jest pytanie, czy i w jakiej mierze ta nowa metoda lecznicza zapobiedz może tak jeszcze i dziś znacznej śmiertelności przy zakażeniu połogowem? Nauczeni smutnym w tym kierunku zawodem, jaki nas spotkał po zbyt entuzjastycznych początkowo enuncjacjach o wynikach leczenia zakażenia połogowego preparatami koloidowemi srebra, musimy i wobec wprowadzenia protoinoterapji do położnictwa zachować pewną rezerwę, która, wobec ujednostajnienia poglądów ne istotę działania obu tych metod leczenia, jest tem więcej uzasadniona, a to przynajmniej do chwili, w której zebranie obszerniejszych dat statystyczno-porównawczych w przyszłości dzisiejszy entuzjazm nam uzasadni. Przy zestawieniu obu tych sposobów leczenia na podstawie dotychczasowych prac i własnych spostrzeżeń widzimy, że tak, jak przedtem koloidoterapja, tak obecnie proteinoterapja przy dzisiejszej metodyce jej stosowania nie stanowi bezwzględnie pewnej broni w walce z istniejącem już względnie nawet rozwijającem się zakażeniem połogowem. O tem pouczają te przypadki, w których, mimo bardzo wczesnego zastosowania leczenia białkowego, leczenie to, czy to z powodu słabego stanu konstytucjonalnego chorych, nie zdołało podnieść w wystarczającym stopniu żywotności tkanek, czy też z powodu specjalnie silnej jadowitości danego szczepu drobnoustrojów, nie zdołało zmobilizować odpowiedniej dozy ciał ochronnych w walce z drobnoustrojami. Czyli, że proteinoterapja nie okazała się środkiem leczniczym w znaczeniu E h r l i c h a bezwzględnie bakterjobójczym. Niemniej jednak sądzimy, że między przypadkami już z góry z powodów powyżej wspomnianych straconemi a przypadkami, które i bez pomocy leczenia białkowego same w sobie niejako znalazły dostateczną ilość ciał obronnych w walce zakażeniem połogowem, mogą się znaleźć i przypadki, stojące w tej walce na pograniczu między wyzdrowieniem a śmiercią, i dla tych może przypadków proteinoterapja przez pomoc w zmobilizowaniu wszystkich ciał obronnych byłaby najcenniejszą. Że takie przypadki mogą istnieć, na to mógłby wskazywać wspomniany przypadek w sprawozdaniu naszem, w którym wyhodowaliśmy z krwi liczne kolonje paciorkowców hemolitycznych, a który wyzdrowiał, może właśnie dzięki leczeniu białkowemu.

Oceny i sprawozdania.

A. Policard. — **Précis d'Histologie Physiologique. Gaston Doin éditeur Paris 1922.**

W obecnej dobie tworzenia w naukach biologicznych, szczególnie zaś w medycynie, nowych nazw tytuł wymieniony może się wydać czemś powszedniem i codziennem. Ale w danym razie jest on istotnie wyrazem zupełnie racjonalnego dążenia nowoczesnej histologji do bezpośredniego zbliżenia się do żywego ustroju. Wyjaśnienie czynności życiowej komórki i tkanek łączy histologję z fizjologją i dopiero na podstawie umiejętnego połączenia tych nauk podstawowych, autor podaje czytelnikowi i uczącemu się całość rzeczywistą; a więc nie tylko zewnętrzny opis postaci komórek i tkanek, ale jej skład, czynność i znaczenie ogólne dla całego ustroju. Na tę całość autorzy składają wyniki pracy doświadczalnej na wzór biofizyki i biochemji, co bezsprzecznie ułatwia zrozumienie niejednego powikłanego procesu chorobowego. Autor wybrał słuszną dewizę: »On ne retient bien que ce que l'on comprend«. Drugiem zadaniem, które się przebija z treści książki, jest wyraźna chęć połączenia zwykłego opisu histologicznego z pewnemi zagadnieniami biologji ogólnej. Schematyczne rysunki o najprostszym składzie zachęcają każdego do reprodukowania tych zrozumiałych ilustracyj, co jest stanowczą zasługą dydaktyczną. Bogata treść, żywo podana, ułatwia czytanie książki i zrozumienie poruszonych tematów uczącemu się. Naucza go jednocześnie nie tylko pamiętać poszczególne obrazy, ale również wiązać je odrazu z całością ustroju ludzkiego i przyzwyczaja młodzież do zastanawienia się głębszego.

Prócz tego zasługą autora jest umiejętne podkreślenie i wysunięcie braków w niewystarczającem uzasadnieniu niektórych zjawisk skomplikowanych. Takie wysunięcie szeregu niewystarczających dowodów może pobudzić czytającego do dalszych dociekań naukowych, gdyż celem przewodnim autora było nietylko zebrać i zestawić fakty, ale także pobudzić twórczą myśl naukową. *W. Janusz.* (Lwów).

H. Judet. **Traité des fractures des membres. 1922.** (L'Expansion scientifique française — Paris).

Ciekawy a u nas mało znany podręcznik zjawił się w drugiem, znacznie powiększonem wydaniu, pomnożona została znacznie ilość rycin i zdjęć, przybył nadto dział o uszkodzeniach wojennych. Wykład prosty i zwięzły oparty jest przedewszystkiem na radiopracach, poprzedzonych przez schematy kości normalnej kończyny, co znakomicie uwydatnia zmiany i ułatwia ich odczytanie. Złamania u dzieci i dorosłych traktowane są oddzielnie, doskonale i jasno przeciwstawione są różnice i leczenie odmienne. Podstawę leczenia stanowią sposoby zachowawcze (ortopedyczne), dążące do możliwie najmniejszego unieruchomienia stawów obok najdokładniejszego ustawienia odłamów. Sposoby krwawe uwzględnione są zaledwie w ogólnych zarysach. Leczenie złamań otwartych oparte jest na wynikach i metodach, utrwalonych podczas wojny, lecz przedstawione jest krótko i nieco jednostronnie, ale jest to podręcznik dla lekarza praktyka, zwłaszcza na prowincji, ten bowiem nie może się kierować tylko radjografją w zastosowaniu leczenia, jakto stale autor zaleca. Chirurg znajdzie tu oryginalne i śmiałe pomysły opatrunków unieruchamiających oraz treściwe acz jednostronne wskazania, daremnie natomiast szukać będzie poglądów autora na leczenie operacyjne złamań zamkniętych. Jako podręcznik dla studenta zbyt jest obszerny i zamało eklektywny w leczeniu, wskazania autora nie zawsze się godzą z utartemi wskazówkami podręcznikowemi. Książka ta powinna i u nas zdobyć uznanie, jakie zyskała w kraju ojczystym, dla wykładu jasnego, nie przeładowanego szczegółami i doskonale ilustrowanego.

Sławiński (Warszawa).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

La Presse médicale.

(N. 70, 1922).

A. Clerc i P. Noel—Dechamps. **Nieumiarowość zupełna i jej leczenie chinidyną.**

Dotychczasowe środki nasercowe, podawane w przypadkach trzepotania przedsionków i zupełnej niemiarowości (*arythmia completa*), która z niego wynika, zawodziły, gdyż naparstnica i jej pochodne zwalniają raczej skurcze komorowe, niż czynią je miarowemi. Brakowało środka, któryby, działając zupełnie bezpośrednio, zobojętniał in situ nieład skurczów przedsionkowych. Od 1914 roku Wenckebach stosuje w tym celu chininę, a od 1918 roku Frey zaproponował izomer chininy, chinidynę, która różni się od chininy swą większą rozpuszczalnością w wodzie. Chinina, jakoteż chinidyna, zmniejszają pobudliwość mięśnia sercowego i jego przewodnictwo, zmniejszają pobudliwość n. vagi i do pewnego stopnia nerwów przyśpieszających śródsercowych i są antagonistami adrenaliny, nikotyny, ouabainy, digitaliny, co pozwala tym dwu środkom uzupełniać swe działanie. Działanie chinidyny jest pewniejsze, niż chininy. Autorzy leczyli chinidyną 27 chorych i stwierdzili poprawę w 14 przypadkach t. j. w 52%. W 13-stu przypadkach poprawy nie było. Wystąpiły nawet w niektórych razach wymioty, obfite i częste wypróżnienia, będące oznaką nietolerancji. Autorzy stosowali preparat Nativelle chinidinum sulfuricum (quinicardine) w tabletkach po 0.2. Leczenie chinidyną poprzedzało przeczyszczenie, następnie pięciodniowa kuracja naparstnicą (digitalina Nativelle po 5—10 kropel dziennie w ciągu 5 dni), leżenie w łóżku podczas całego leczenia, djeta mleczno-jarska. Po stosowaniu tych środków ustępowały pewne objawy, zwolnienie skurczów serca, lecz arytmja i trzepotanie przedsionków nie ustawało. Chinidynę stosowano w następujący sposób: pierwszego dnia 0,4 w jednej dawce, następnego dnia 0,8 w 2-ch dawkach, trzeciego dnia 1,0 w 4-ch dawkach i wreszcie 1,2 do 1,4 w 4—5 dawkach. Ostatnią dawkę stosowano w ciągu kilku dni, tak że ogółem ilość użytej chinidyny nie przekraczała 6—8 gramów. Niektórzy chorzy otrzymali do 10,0 bez żadnego wpływu ujemnego. Dalsze leczenie w celu utrzymania dodatniego wyniku leczenia, wymaga stosowania małych dawek chinidyny, stosownie do odczynu u każdego osobnika, np. niektórym chorym wystarczało podawanie 0,4 dwa razy na tydzień, innym 0,6 co dwa dni, dochodziło nawet do 1,2 co 2 dni. Przeciwwskazana jest chinidyna u chorych z wielkiemi obrzękami, z wybitnym zastojem żylnym, którzy nie reagowali na poprzedzające leczenie naparstnicą.

Chinidyna bowiem raczej paraliżuje do pewnego stopnia mięsień sercowy i nigdy nie jest w stanie, przynajmniej bezpośrednio, pobudzić jego energję. Pozatem jedynem przeciwwskazaniem bezwzględnem jest wybitna idjosynkrazja. Nieznaczne bowiem wymioty, lekkie rozwolnienie i słabe przyśpieszenie tętna nie powinny być powodem przerwania leczenia. Przyśpieszenie tętna na początku leczenia, nie przekraczające 120 uderzeń, wskazuje nawet na skuteczne działanie.

N. 76. 1922.

L. Meunier **O stanach dyspeptycznych.** Opierając się na dokładnem zbadaniu 3.000 chorych na dyspepsję, autor dochodzi do przekonania, że wszystkie stany dyspeptyczne zależne są od wadliwego i niedostatecznego opróżniania się żołądka, niezależnie od podstawowego schorzenia (atonja żołądka wrodzona lub nabyta, ptosis, dyspepsja wtórna, nerwice i t. p.). Żołądek bowiem jest narządem odbiorczym, umiejscowionym na początku przewodu pokarmowego i czynność jego polega na stopniowem opróżnianiu zawartości do jelit. Nie jest on głównie ani narządem wydzielniczym, ani specjalnie wrażliwym. Znane są bowiem przypadki nowotworów, które zniszczyły całą ścianę żołądka, nie wywołując bólu do chwili, gdy przeszły na odźwiernik i tem samem zatamowały drogę prawidłowemu opróżnianiu treści żołądkowej. Znane są również wybitne poprawy po gastroenteroanastomozie, gdzie przyczyna schorzenia nie była usunięta, natomiast opróżnianie prawidłowe zostało zapewnione. Objawy bolesne są wynikiem środków obronnych, zastosowanych przez organizm w celu zmniejszenia lub zwalczania zastoju treści. Sprowadzają się one: 1° do środków mechanicznych, których wyrazem jest aerofagja, i 2° do środków wydzielniczych, które powodują zbyt długie wydzielanie się soku żołądkowego.

1°. Aerofagja jest objawem fizjologicznym. Powietrze połknięte, wywierając ciśnienie na treść żołądka, ułatwia przechodzenie takowej do jelit. Patologicznie wzmożona aerofagja

wywołuje odbijanie, wzdęcie, ucisk na serce, zaburzenia naczyniowe i t. d.

2⁰. Zbyt długie wydzielanie soku żołądkowego wywołuje bóle, występujące w kilka godzin po jedzeniu, uśmierzające się przez użycie środków zasadowych lub spożycie jedzenia, które zobojętniają kwasy.

Autor zmienia pogląd Germain Lée, twierdząc, że każda dyspepsja nie jest pochodzenia wydzielniczego, lecz jest skutkiem wadliwego opróżniania treści.

N. 78. 1922.

M. Labbé i H. Stévenin. **Technika badania przemiany podstawowej (metabolisme basal).** Autorzy podają sposób badania przemiany podstawowej za pomocą przyrządów prostych i mniej kosztownych, aniżeli te, które były dotąd w użyciu, zwłaszcza w Ameryce, gdzie w tym celu posiłkowano się olbrzymiemi zamkniętemi komorami. Przyrządy te stanowi zwykła gumowa maska wojskowa przeciwgazowa, którą można dokładnie dopasować do twarzy badanego osobnika, zaopatrzona wentylem wpuszczającym, który warunkuje dopływ powietrza z zewnątrz, i wentylem wypuszczającym wydechane przez badanego chorego powietrze. Powietrze to przy pomocy rurki gumowej, idącej od maski, zbiera się do butli szklanej objętości 5—6 litrów powietrza, t. zw. mieszalnika, hermetycznie zamkniętej. Butla ta, oprócz wymienionego połączenia z maską, łączy się 1⁰ ze spirometrem Verdina, który służy do obliczania objętości wydychanego powietrza i 2⁰ z eudiometrem Laulannié, t. j. z przyrządem, za pomocą którego analizuje się wydychane powietrze: określa się mianowicie zawartość w niem CO_2, który pochłania ług, i tlenu, który pochłania fosfor. Badany osobnik musi być naczczo conajmniej 12 godzin i musi leżeć przed badaniem pół godziny w pokoju o ciepłocie 16—18⁰. Ponieważ wyrazem przemiany podstawowej jest liczba kaloryj, wytworzonych w organizmie w ciągu godziny i obliczonych na metr kwadratowy powierzchni ciała badanego, znajdującego się w stanie zupełnego spoczynku i czczości, obliczenie tej liczby wypada w następujący sposób: Wiadomą jest dzięki analizie w eudiometrze ilość tlenu w powietrzu wydychanem, jakoteż ogólnie znana jest ilość tlenu w powietrzu, które wdychamy. Różnica wykazuje ilość tlenu zużytego w organizmie. Znając objętość powietrza wydychanego przez godzinę dzięki spirometrowi, możemy łatwo obliczyć ilość tlenu, który zużył badany osobnik w ciągu jednej godziny. Ilość ta pozwala też określić za pomocą współczynnika ilość kaloryj. które wytworzyły się w organizmie dzięki spalaniu się tkanek przy wiadomej ilości zużytego tlenu. Liczba kaloryj, obliczona w ten sposób i podzielona przez powierzchnię kwadratową ciała w metrach kwadratowych, daje wyobrażenie o przemianie podstawowej. Normą jest liczba 36,5, przyjmując za fizjologiczne wahania w granicy 10% zwyż lub poniżej normy. Powierzchnię kwadratową ciała określa się za pomocą formuły podanej przez Du Bois:

$$S = (P \times 0{,}425) \times (H \times 0{,}725) \times 71{,}84,$$ gdzie

S — powierzchnia ciała w cm^2,
D — waga w klg.,
H — wysokość w cm.,
71,84 — stały współczynnik.

Istnieją już tablice, podające odrazu powierzchnię ciała, jeśli wiadoma jest waga i wysokość. Za pomocą określenia przemiany podstawowej można sprawdzić rozpoznanie kliniczne niedomogi gruczołu tarczowego lub hypertyreoidyzmu, rozpoznać ukryty obrzęk śluzowy zamaskowany przez otyłość, ukryty zespół Basedowa, rozpoznać przyczyny schudnięcia i t. d. W przyszłości zapewne badanie przemiany podstawowej będzie grało wielką rolę w rozpoznawaniu i leczeniu schorzeń wielogruczołowych i przemiany materji.

N. 82. 1922.

L. Cheinisse. **Wstrzykiwania śródmięśniowe rozczynu cytrynianu sodu, jako środek hemostatyczny.** Neuhof i Hirshfeld ogłosili w Annales of Surgery pracę, w której stwierdzają, że zastrzyknięty dożylnie cytrynian sodu skraca, wbrew dotychczasowym poglądom, czas krzepnięcia krwi; niekrzepliwość krwi stwierdza się natomiast tylko wówczas, gdy jest pewien nadmiar cytrynianu sodu w stosunku do krwi. Autorzy stosowali w 500 przypadkach 30% rozczyn cytrynianu sodu w wodzie destylowanej i doszli do wniosku, że najbardziej odpowiednią dawką jest 9 gramów cytr. sodu t. j. 20 cm^3 30%-ego rozczynu dla wstrzykiwań śródmięśniowych, względnie 6 gramów dla wstrzykiwań dożylnych. Dawki te należy zmniejszyć dla dzieci, stosownie do wieku i wagi. Zastrzyki śródmięśniowe są najlepszą metodą, albowiem dożylne muszą być stosowane ostrożnie: płyn należy wlewać bardzo powoli, gdyż w przeciwnym razie mogą być przykre następstwa. Zastrzyki podskórne wywołują bolesne nacieczenie. Należy zastrzykiwać do mięśni każdego pośladka po 15 cm^3 rozczynu cytrynianu sodu, przyczem uprzednio można na 3—4 minuty przedtem znieczulić pośladki 3—4 cm^3 1%-go rozczynu nowokainy. Zastrzyk cytrynianu sodu skraca czas krzepnięcia krwi; maximum działania przejawia się po 3/4 godziny i utrzymuje się od 1-ej do 3-ch godzin. Krzepliwość wraca do normy w ciągu 24 do 48 godzin. Skrócenie czasu krzepnięcia stwierdza się też w chorobach, przebiegających ze zmniejszoną krzepliwością np. w żółtaczce. Neuhof i Hirshfeld stosowali z dobrym skutkiem wstrzykiwania cytrynianu sodu zarówno w przypadkach krwiotoków wewnętrznych (krwawe wymioty, krwiak opłucnowy urazowy, krwioplucie, pęknięcie urazowe wątroby), jakoteż w krwotokach zewnętrznych np. przy operacjacjach na odbytnicy, na drogach żółciowych, w powikłanych złamaniach i t. d. Poza kilkoma przypadkami, w których należało uciec się do powtórnego zastrzyku cytrynianu, jeden zastrzyk wystarczał zazwyczaj do zupełnego wstrzymania krwiotoku. Od 6-iu miesięcy autorzy stosują cytrynian sodu zapobiegawczo przed operacją we wszystkich przypadkach, w których można spodziewać się obfitego krwiotoku podczas zabiegu.

Wobec tego, że cytrynian sodu niszczy płytki Bizzozero, wyzwalając tem samem zawarty w nich składnik, który przyśpiesza krzepnięcie krwi, jest on przeciwskazany w skazach, które przebiegają i tak ze zmniejszeniem ilości płytek jak n. p. w krwawiączce, plamicy i t. p. *A. Krause.* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Wiener Archiv für innere Medizin.

Tom IV. Zeszyt 2 i 3 1922.

Elias i Kornfeld. **Przyczynki do patologji i kliniki tężyczki.** Badania autorów, przeprowadzone na 7 chorych z tężyczką w klinice Wenckebacha, przemawiają przeciw przypuszczeniom różnych autorów amerykańskich, jakoby zaburzenie stanu kwasoty i alkaliczności (acidosis i alcalosis) były czynnikiem koniecznym do powstania stanu tężyczkowego.

Zak. **O strefach naczynioruchowych przy schorzeniach tętnicy głównej.** U chorych z cierpieniem tętnicy głównej stwierdza się bardzo często pas półksiężycowaty zaczerwienienia skóry w okolicy rękojeści mostka. Jest on, według Z., odruchem trzewiowo-naczynioruchowym, podobnym do odruchów trzewiowo-czuciowych i trzewiowo-ruchowych, opisanych przez Heada.

Landsberg. **Badania nad zawartością amino-azotu w surowicy krwi ludzkiej.** W badaniach, przeprowadzonych na klinice warszawskiej prof. Rzętkowskiego, dochodzi L. do następujących wyników: Stosunek białka do amino-azotu surowicy, tj. iloraz białkowy, bywa u zdrowego człowieka stałym i nie podlega wpływowi djety zwykłej. Przy krótkotrwałych zakażeniach, przy niektórych schorzeniach wątroby i przy zapaleniach nerek, połączonych z zatrzymaniem reszty azotowej bywa niskie nastawienie ilorazu białkowego. W przypadkach bez zatrzymania reszty azotowej niski iloraz białkowy przemawia za większą dezintegracją białka surowiczego. Wysoki iloraz białkowy stwierdza się w stanach głodzenia, w charłactwie, przy zakażeniach wyniszczających, a przedewszystkiem przy rozmaitego rodzaju obrzękach.

Peller. **Stan czynnościowy obwodowych naczyń a postać krzywej oscyllacyjnej.** Odczyn naczyń obwodowych na zewnętrzne obciążenia różnej wysokości w granicach amplitudy tętna bywa rozmaity w różnych przypadkach i w różnych czasach. Autor wyróżnia 4 typy krzywych oscyllacyjnych, uzyskanych w oscillomanometrze własnego pomysłu, które odpowiadają zmiennym wahaniom i przechodzeniu najwię-

kszych wahnień w najmniejsze. Typ oscyllacyjny nie jest właściwością, związaną z budową anatomiczną naczynia, lecz z energją tętna, wychodzącą z serca i ze stanem skurczowym naczynia, względnie ze sposobem przesuwania się fali tętna. Daje się on doświadczalnie zmodyfikować. Po wielokrotnych mierzeniach występują zmiany krzywej oscyllacyjnej, które świadczą o znużeniu i osłabieniu stanu skurczowego w badanych naczyniach.

Raab. **Laseczniki obrzęku gazowego przyczyną krwiotocznego zapalenia opon mózgowych u człowieka.** Przypadek autora, zakończony wyzdrowieniem, dotyczył 22-letniej robotnicy. Wrota zakażenia nieznane. Laseczniki wyhodowano z płynu mózgo-rdzeniowego i z krwi.

Hitzenberger i Reich. **Żołądek klepsydrowaty w położeniu na wznak.** W położeniu na wznak uwidacznia się przy prześwietlaniu Roentgenem bruzda poprzeczna lub skośna, znikająca w każdem innem położeniu ciała oraz przy wydęciu brzucha i przy zwiększonem wypełnieniu. Bruzda ta nie jest zjawiskiem spastycznem ani chorobliwem i odróżnia się od spastycznego żołądka klepsydrowatego.

Löwy. **Przyczynek do kliniki i patogenezy ostrego surowiczego zapalenia opon mózgowych.** Na podstawie materjału, obejmującego 350 spostrzeżeń i 425 nakłuć lędźwiowych, stwierdza autor, że pojęcie surowiczego zapalenia opon należy odnosić tylko do zaburzeń funkcjonalnych lub zmian anatomicznych, powstałych na tle zakażeń albo jadów drobnoustrojowych. W zapaleniu surowiczem opon wyróżnia on: 1) okres podrażnienia naczyń lub czystego uszkodzenia naczyń, 2) okres ciężkiego uszkodzenia naczyń z histologiczno-anatomicznemi zmianami, 3) okres plastycznego oponowego nacieku z uszkodzeniem naczyń. Surowicze zapalenie opon może być zamkniętym w sobie obrazem chorobowym lub może stanowić okres przejściowy do zapalenia ropnego. Płyn mózgordzeniowy przy surowiczem zapaleniu opon odbiega od normy nie tylko ilościowo, lecz także jakościowo.

Faschingbauer: **Przyczynek do patogenezy i anatomji dychawicy oskrzelowej.** Przypadek szczegółowo klinicznie i anatomicznie zbadany dowodzi prawdziwości teorji kurczowej. Zmiany anatomiczne stwierdzono w małych i najdrobniejszych rozgałęzieniach oskrzeli w postaci zgrubienia i przerostu wszystkich warstw ściennych, a zwłaszcza mięsnej, oraz maksymalny stan skurczowy mięśni oskrzelowych. Stwierdzono też istnienie przerostu poszczególnych gładkich włókien mięsnych w przewodach międzypęcherzykowych.

Hirschsohn i Maendl. **Studja nad dynamiką dożylnych wstrzykiwań przy użyciu chlorku wapniowego.** Dożylne stosowanie wapnia wywołuje uczucie gorąca. Podania chorych są zgodne odnośnie do czasu, siły i trwania odczuwania oraz co do miejsca, kolejności itp. Powyższemi momentami posłużyli się autorowie dla metodologicznych badań krążenia i stosunków obiegu fali krwi w małem i w wielkiem krążeniu oraz sposobu rozdzielania się wprowadzonych dożylnie substancyj, jak również zdolności odczynowej względnie wrażliwości naczyń krwionośnych.

Wassermann. **O zespole objawowym Cheyne-Stokesa.** Zespół Cheyne-Stokesa składa się z objawów somatycznych i psychicznych. Do somatycznych należą okresowe objawy oddechowe, perjodyczny rytm serca, objawy ze strony oczu, kiszek i pęcherza moczowego. Oddechanie bywa albo wyraźnie naprzemienne, apnoiczne i tachypnoiczne, albo tylko bywają okresowe wahania oddechowe. Obie postacie mogą przybrać postać duszności. W sercu bywa naprzemienny rytm tj. apnoiczne przyspieszenie tętna i dyspnoiczne jego zwolnienie o charakterze napadowym. W naczyniach okresowe wahania napięcia i wypełnienia, dyspnoiczne wzmożenie się i bezdechowe malenie parcia krwi. Ogólne objawy okazują okresowe wahania świadomości tj. całkowita lub częściowa jej utrata, automatyzm, absence, okresowe zmiany odruchów i napięcia mięśni (bezdechowa adynamia, dyspnoiczna hypermotilitas). Psychiczne zaburzenia zależą od wieku i tła etjologicznego, okazują charakter utraty pamięci (amentia) lub otępienia przedstarczego (dementia). Zespół Ch. St. może trwać krótko i epizodycznie, albo wystąpić ostro, jako objaw końcowy, albo może być związany z długiemi zwolnieniami (remisjami) lub też panować nad całym obrazem chorobowym, jako tzw.: »Status Cheyne-Stokesa«.

Arnstein. **Półpasiec a choroby wewnętrzne.** Na podstawie 36 własnych i 180-ciu zebranych z piśmiennictwa przypadków dowodzi A., że półpasiec jest chorobą zakaźną, umiejscowioną w jednym lub więcej zwojach międzykręgowych, a wywołaną przez jad swoisty. Istnieje osobnicza i miejscowa dyspozycja do półpaśca. W przeważnej liczbie przypadków stanowi on schorzenie symptomatyczne. Względnie często towarzyszy chorobom nerwowym, płucnym, wątrobowym i nerkowym, mniej często schorzeniom śledziony, rzadko chorobom przewodu pokarmowego, narządów płciowych i serca, co może być pożyteczne przy rozpoznaniu różniczkowem. Wysypka na skórze występuje przez wpływ naczynioruchowy wskutek podrażnienia drogi odruchowej.

Sahli. **W sprawie krytyki minimalnego parcia tętniczego i nauki o krążeniu.** Według S. liczby dotychczasowe najmniejszego parcia tętniczego są błędne i za wysokie. Wynika to z wadliwości działania manometrów rtęciowych i określania oscyllacyjnego. Niskie najmniejsze parcie wynosi w rzeczywistości 30—40—50 mm rtęci. Praca ta jest równocześnie krytyką prac Pellera

Rösler: **Doświadczalne studja nad obrazem krwi u człowieka:** 1) Pod wpływem wojennego odżywiania, jednostronnego i niedostatecznego, zmniejszały się względnie i bezwzględnie obojętnochłonne leukocyty wielojądrzaste na korzyść limfocytów. 2) Pod wpływem adrenaliny a) powstaje hyperleukocytoza, b) kurczy się znacznie śledziona (wyjątek stanowi choroba Banti'ego), co może ułatwić różniczkowanie guzów w lewem podżebrzu, c) może powstać mobilizacja pasorzytów zimniczych, znajdujących się w śledzionie. 3) Po zastrzyknięciu dożylnem 20% roztworu jodowego Pregla występuje zrazu zmniejszenie się ogólnej liczby leukocytów przy równoczesnej limfocytozie, później hyperleukocytoza z silną obojętnochłonnością.

Kirch. **Doświadczenia rozpoznawcze z płynem mózgordzeniowym i przyczynek do kliniki schorzeń mózgo-rdzeniowych.** Wnioski autora są następujące: 1) W siedmiu przypadkach kiły drugorzędnej była równocześnie utajona gruźlica prosówkowa i zmiany patologiczno-kiłowe płynu mózgordzeniowego, co dowodzi, że przy kiłowych zmianach płynu odgrywają rolę momenty konstytucjonalne. 2) Prócz zwykłej postaci gruźliczego zapalenia opon istnieją postacie ubogie w wysięk, które mogą przebiegać poronnie. Częsty bywa toksyczny meningismus gruźliczy. 3) Autor spostrzegał wyłącznie u kobiet w wieku starczym lub przedstarczym gruzełki mózgowe. 4) Zachowanie się komórek i globulin w różnych częściach płynu mózgo rdzeniowego bywa rozmaite, co wymaga dalszych badań uzupełniających. 5) Przy ksantochromji płynu mózgo-rdzeniowego często próba Van Bergha na barwiki żółciowe dawała wynik dodatni. 6) Przy śmiertelnych udarach mózgowych płyn mózgo-rdzeniowy bywał przeważnie krwawy. 7) Dodatnie odczyny globulinowe przy braku krwi w płynie mózgo-rdzeniowym u chorego z atakiem apoplektycznym przemawiają za rozmiękczeniem mózgu. 8) Przy durze brzusznym pojawiają się aglutyniny w płynie mózgordzeniowym wtedy, gdy miano aglutynacyjne surowicy jest wyższe ponad 1000. 9) Z pomiędzy zatruć najważniejsze zmiany w płynie mózgo-rdzeniowym wywoływały zatrucia lizolem i kwasem węglowym. 10) Z odczynów globulinowych uważa autor tylko odczyn Nonne-Apelta i Pandy'ego za wartościowe, próbie sublimatowej odmawia znaczenia.

Knoll. **Przyczynek do obrazu charłactwa przysadkowego** Na obraz charłactwa przysadkowego Simmondsa składa się przedwczesna starość z wiądem, wypadanie włosów na całem ciele i zaburzenie funkcji gruczołów płciowych z odpowiedniemi zmianami psychicznemi. Obraz ten rozwija się przeważnie u kobiet po miesiącach i latach wskutek zachorowania przysadki pod wpływem zatoru tętnicy przedniego płatu na tle sprawy połogowo-posocznicowej, gruźliczej lub kiłowej. Jest to choroba dojrzałego wieku. Rozpoznawczo pomocną jest reakcja Abderhaldena z substancją płatu przedniego. Bywają także przypadki rozpoznawczo trudne z częściowem objawami. Gruźlica przysadki bywa wprawdzie stosunkowo

rzadką, ale o wiele częstszą, niż się przypuszcza, przyczyną charłactwa przysadkowego.

Grossmann i Schlemmer. **Godny uwagi przypadek prawdziwej ziarnicy limfatycznej (limfogranulomatozy) skóry, śluzówki podgardzielowej i żołądka.** Autorowie spostrzegali szczegółowo przypadek, dotyczący 41-letniego chorego, u którego stwierdzili schorzenie, opisane swego czasu z grupy pseudobiałaczki przez Paltaufa i Sternberga, jako ziarnicę limfatyczną. Zaczęło się obrzękiem gruczołów szyjnych, poczem wystąpiły typowe guzy i ogniska martwicze w gruczołach chłonnych wszystkich okolic ciała. Rzadkością w tym przypadku były nacieki swoiste skórne, wrzód śluzówki pod gardzielą u wejścia do krtani oraz znalezione przy sekcji wrzody w żołądku.

Aldor. **Przypadek uchyłka Zenkerowskiego.** Przypadek dotyczył 41-letniego chorego, u którego po durze brzusznym wystąpiło zapalenie przełyku i wywołało niedowład mięśni w części początkowej przełyku na tylnej ścianie, w miejscu, w którem są tylko wewnętrzne okrężne mięśnie a brak podłużnych. Ponieważ ta część przełyku jest równocześnie najwęższą, przeto osłabienie mięśni łatwo w tem miejscu wywołuje uchyłek.

Rosenmann. **Przyczynek do sprawy plamicy.** Autor podaje modyfikację, upraszczającą ilościowe oznaczenie fibrinogenu i wyraża zdanie, że przy plamicy zachodzi pierwotne uszkodzenie ścian naczyniowych a zniszczenie trombocytów. Równolegle z poprawą klinicznych objawów plamicy znikają objawy, świadczące o uszkodzeniu naczyń, np. objaw opaskowy Rumpel Leeda, a thrombopenia utrzymuje się jeszcze przez dłuższy czas. Plamica poprawia się pod wpływem leczenia surowicą końską.

Sammartino. **Przyczynek do przemiany materji kreatyniny przy obrazie chorobowym podobnym do pseudosklerozy.** Na przypadku z obrazem chorobowym, podobnym do pseudoklerozy, stwierdził autor, że równolegle z potęgowaniem się lub zmniejszaniem się sztywności idzie wzmożenie lub zmniejszenie kreatyniny i wody wydzielanej z moczem.

M. Blassberg (Kraków).

Münch. m. Woch

Nr. 43. 1922.

H. Schade, Th. Giesecke i St. Kielholz. **Badania nad leczniczą poprawą stanu koloidalnego** (therapia antionkica*). Wobec tego, że pierwoszcze komórki składa się z koloidów, stan prawidłowy jej można nazwać stanem eukoloidalnym, podczas gdy zaburzenie normalnego stanu koloidalnego komórek jest podstawą nieprawidłowej funkcji komórki. Zwyrodnienia, ziarniste zwyrodnienie komórki, są wywołane zaburzeniem w układzie koloidalnym komórki. Stan zapalny wywołuje również nieprawidłowy układ koloidów w komórce. W leczeniu tych stanów dążeniem naszem musi być poprawa zaburzenia stanu koloidalnego pierwoszczy, więc tzw. eukoloidismus. Do ciał, które mogą wpływać na poprawę zaburzonego stanu koloidalnego komórki, należą n. p. tannina i formalina, nad któremi autorzy przeprowadzają badania u kijanki żaby płowej. Wykazują one, że rozcieńczone roztwory tanniny i formaliny, dodane do płynów, w których żyją te zarodki żaby, powstrzymują działanie rozcieńczonych roztworów kwasu solnego, który jest typowem ciałem, zaburzającem układ koloidalny komórek wogóle. Rozczyny tanniny lub formaliny przedłużają w znacznej mierze czas życia zarodków, które rozwijały się w wodzie zawierającej rozczyn kwasu solnego. Podobne działanie dało się wykazać i u pewnych typów żab. Wyniki tych badań powinny znaleźć z jednej strony zastosowanie praktyczne, a z drugiej tłumaczą one znane namdziałanie lecznicze np. tanniny przy pewnych schorzeniach przewodu pokarmowego, a formaliny np. przy stanach nieżytowych nosa i działanie korzystne urotropiny i preparatów pokrewnych przy schorzeniach nieżytowych dróg moczowych.

E. F. Müller. **Zmniejszenie nagłe ciałek białych krwi w następstwie wstrzykiwań śródskórnych.** (Dalszy przyczynek do tematu: skóra, jako narząd uodporniający). Po wstrzyknięciu wśródskórnem małych ilości niezdrażniących ciał białkowych (przeważnie aolanu) M. zauważył stale tuż po wstrzyknięciu nagłe zmniejszenie się liczby ciałek białych neutrochłonnych we krwi obwodowej, wziętej z naczyń włosowatych żylnych lub tętniczych; największe zmniejszenie spostrzegał po 20 minutach, a znikało ono po jednej godzinie. Podobny spadek leukocytów spostrzegał nietylko u osobników zdrowych, ale i u chorych (zapalenie płuc, niedokrewność złośliwa, a nawet przy białaczce itd.). Przyczyny szuka on w przesunięciu leukocytów w krwiobiegu ogólnym, i zmniejszenie leukocytów uważa jako następstwo nagromadzenia się ich w narządach wewnętrznych. Spostrzeżenie jego, wykazujące związek między skórą, a liczbą ciałek białych we krwi płynącej jest jeszcze jednym z objawów, wskazujących na znaczenie biologiczne skóry, jako narządu samodzielnego. a ważnego dla organizmu.

R. Offenbacher i W. Eliassow. **W sprawie podawania inuliny u chorych z cukrzycą.** Podawanie inuliny (23 g pro dosi) u chorych z cukrzycą nie zwiększało ilości cukru we krwi i nie wywoływało cukromoczu, chociaż inulin jako wielocukier lewulozy, w przewodzie pokarmowym rozszczepia się na lewulozę, która, jak badania wykazały, wzmaga szybko ilość cukru we krwi przy cukrzycy. Wobec tego, że także przy dłuższem podawaniu inulina nie wpływa niekorzystnie na cukrzycę, stosowanie jej w cukrzycy powinno znaleść rozleglejsze zastosowanie. *M. Franke* (Lwów).

Choroby skórne.

Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten so wie deren Grenzgebiete.

Tom. VI. Z. 3 i 4. 1922.

W. A. Collier **Amerykańskie badania doświadczalne nad Salwarsanem.**

Miniona wojna i blokada Niemiec spowodowała rozwój amerykańskiego przemysłu chemicznego i aptekarskiego. Szereg fabryk amerykańskich uzyskał od rządu pozwolenie wyrobu salwarsanu, który pojawił się w handlu pod nazwą »*Arsphenamine*«. Łącznie z rozwojem przemysłu salwarsanowego rozwijała się literatura do tego przedmiotu, która dziś obfituje w liczne prace doświadczalne, wykonane nad salwarsanem. Badania nad toksycznością i skutecznością poszczególnych seryj salwarsanów przeprowadza higjeniczna pracownia Stanów Zjednoczonych *Public Health Service.* Stary salwarsan »*Altsalvarsan*«, oddany do użytku, winien zawierać minimum 29,5% as, maximum 31,6% as. *Dosis maxima* nie powinna być większa, aniżeli 0,1 na 1 kg. ciała białych szczurów. Szczury muszą być dobrze odżywione i zdrowe, nie ciężarne, waga ich winna wynosić 100 — 150 g. Szczury te muszą być żywione białym chlebem, żytem, mlekiem krowiem, a dwa razy w tygodniu mięsem. Zwierzęta nie otrzymują pożywienia przez 12—18 godzin przed próbą. Proszek rozpuszczają w wodzie destylowanej i alkalizują 0,9 cm^3 NaOH na 0,1 cm^3 proszku. Wlewanie odbywa się do v. saphena i nie za szybko. Próbie każdej poddają 5 zwierząt, z których 60% żyć musi przynajmniej przez 48 godzin. Analogiczne przepisy obowiązują i dla neosalwarsanu z tem, że zawartość arsenu nie powinna być niższą, aniżeli 18%, i nie przewyższyć 20% a dos. max. tol. wynosi 0,2 na kg. ciała i 4.60% zwierząt poddanych próbie żyć musi przez dni 7. Wrażliwość zwierząt na salwarsan jest bardzo różna, i tak stwierdził Roth 75% śmiertelności w ciągu 2 tygodni u królików, którym wlewano salwarsan w stosunku 0,1 na kg. wagi, podczas gdy utrzymywały się przy życiu przez 1 miesiąc zwierzęta, którym wlewano 0,175 salwarsanu. Wrażliwość zwierząt na salwarsan zależy od stanu odżywienia i djety. I tak stwierdził Lake, że zwierzęta z pełnym żołądkiem były mniej odporne na salwarsan, aniżeli zwierzęta z pustym żołądkiem. I dlatego wprowadzali Bailey i Mc Kay 24 godzinną djetę mleczną dla chorych przeznaczonych dla wlewań salwarsanowych. Salwarsan kupny okazuje większą toksyczność, aniżeli salwarsan w laboratorjum, przyczyna tego zjawiska nie została ustalona. Badania Rotha, Macalla, Raizissa i Folkowa wykazały, że kupny salwarsan, przechowany w zupełnie szczelnie zamkniętych naczyniach szklanych, wykazuje istnienie szeregu ubocznych połączeń

*) ἀντι = przeciw, ὄγκος = obrzęk.

i stąd proponuje Roth każdorazową kontrolę salwarsanu po dwóch latach. Toksyczność salwarsanu zależy nie tylko od czynników chemicznych, ale także i fizykalnych, n. p. od ciepła. Hunt stwierdził, że zimny roztwór salwarsanu jest o połowę mniej toksyczny, aniżeli taki sam roztwór, ale ciepły. Wpływ wywiera także szybkość, z jaką roztwór wlewamy. I tak stwierdził Roth u 25 szczurów 56% śmiertelności po szybkiem a 40% po powolnem wlewaniu salwarsanu. Między salwarsanem a neosalwarsanem zachodzi wybitna różnica pod względem biologicznym. Po próbnej dawce salwarsanu giną szczury po 2 tygodniach, jednakowoż 80% ginie już po 24 godzinach a 90% po 48 godzinach, po neosalwarsanie giną przeważnie zwierzęta dopiero na 3-ci dzień. Neosalwarsan wydziela się szybciej z organizmu, aniżeli salwarsan. Wydzielanie salwarsanu w organizmie dokonuje się, wedle Abelina, w 24 godzinach, czasami jednak wydziela się powolniej i wtedy zachodzi obawa kumulacji. Już w kilka godzin po wlewaniu salwarsanu stwierdzić można arsen w moczu, w kale zaś dopiero po kilku dniach. Salwarsan wywiera wpływ chemiczny i fizykalny na tkanki, surowicę i pasorzyty. Oliver i Yamada wykazali, że królik umiera po otrzymaniu toksycznej dawki salwarsanu wśród objawów zatoru płucnego, spowodowanego aglutynacją erytrocytów. Salwarsan działa hemolitycznie na surowicę chorego. Własności hemolityczne salwarsanu zmniejszają się 8 do 10 krotnie po rozpuszczeniu w izotonicznych roztworach soli kuchennej. Celem zwalczania ubocznych objawów salwarsanowych polecono początkowo adrenalinę. Jackson i Smith poleca tyraminę *(paraoxyphenytleathylamin)* dożylnie, podskórnie i śródmięśniowo, Stokes atropinę podskórnie. Podobnie jak w innych krajach, tak i w Ameryce są ze sobą w ciągłej walce zwolennicy energicznego leczenia (Smith, Walter, Newcomer), i ostrożnego leczenia (Feldman) salwarsanem.

Dermatologische Wochenschrift.

Tom. 75. Z. 38.

Oelze Rheinboldt. **Ulcus vulvae acutum a prątek pochwy.** Autorka opisuje przypadek *ulcus vulvae acutum,* w którym bakterjologicznie wykazała tylko obecność paciorkowców i gronkowców przy zupełnym braku prątka grubego *(baccillus crassus),* oraz przypadek wycieku z pochwy, wykazującego czystą kulturę prątka grubego przy braku jakichkolwiek owrzodzeń ze strony pochwy. Stąd skłania się autorka do zapatrywania Bingla, że klinika i etjologja *ulcus vulvae acutum* nie jest jeszcze ustalona.

Benedek. **Barwny odczyn normomastyksowy (Kafka) w płynie rdzenio-mózgowym** (Dokończenie).

Hammer. **Leczenie wąglika a praca dra Schütza.** Autor uważa metodę Biera, jako najskuteczniejszą i najodpowiedniejszą metodę leczenia wąglika.

Desselaers. **Wlewania bizmutowe w leczeniu kiły (Bismogenol Tosse).** Autor stosował wlewania bizmutowe u szeregu chorych kiłowych z bardzo dobrym wynikiem. Wrzód pierwotny zabliźnił się już po 4 wlewaniach a kłykciny ustępowały po 3 wlewaniach; miejscowej bolesności ani też zapalenia jamy ustnej nie stwierdził autor ani w jednym przypadku. I stąd stawia autor preparat niemiecki ponad francuskim.

Zesz. 39.

Hammer. **O bodźcach skórnych i ich zastosowaniu Cz I.**

Prof. Waeltsch. **Podwrażliwość skóry na ostrą pryszczycę w obrębie znamienia naczyniastego.** U 58 letniego mężczyzny, wykazującego znamię naczyniaste w okolicy lewej łopatki, lewej części tułowia i lewego ramienia, wystąpiła pryszczyca skóry w okolicy kości krzyżowej. Ogniska chorobowe rozszerzały się po całym tułowiu, także na brzegu znamienia i w zdrowych partjach skóry wśród znamienia. Wolne od pryszczycy pozostało tylko samo znamię. Pryszczyca ustąpiła po 3 tygodniach. Podwrażliwość znamienia śledził także autor przy działaniu 50% roztworu oleju krotonowego, który wywołał pryszczycę na skórze zdrowej, a nie wywoływał jej w znamieniu. Autor dopatruje się przyczyny tego zjawiska w zniesionej funkcji nerwów naczyniowych. *Mierzecki.* (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Polska dentystyka Nr. 1: A. Cieszyński: O doszczętnem leczeniu ropocieku zębodołowego. — Fr. Gröer: Krzywica w świetle najnowszych badań. — I. Świtała: W palącej kwestji.

Nowiny lekarskie Nr. 12: S. Borowiecki: Spostrzeżenia i uwagi w sprawie choroby Alzheimera i ograniczonego starczego zaniku mózgu Piek'a (dokończenie). — T. Łapiński: Badania doświadczalne nad powstawaniem złudzeń (dokończenie). — A. Zaskiewicz: O różnicy biologicznej prątków otoczkowych, twardzieli, nieżytu zanikowego nosa i zrazikowego zapalenia płuc. — Nowak: Zapalenie wiewiórowe spojówki u noworodka. — Bajoński: Przyczynek do kazuistyki i djagnostyki eklampsji.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXXI. Posiedzenie naukowe w dniu 17 listopada 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 97.

1) Prezes wita kol. Dr. Kozłowską, gościa z Zamościa.

2) Kol. Wiczkowski przedstawia chorą l. 26, u której rozpoznaje **wrodzone zwężenie tętnicy płucnej, powikłane otworem owalnym,** i pokazuje rentgenogramy, wykazujące znaczne powiększenie serca w kierunku poprzecznym, zwłaszcza ku stronie prawej.

W dyskusji przemawiają kol. Pisek i kol. Vrabetz który wskazuje na wyjątkowo rzadki przypadek znacznego powiększenia cienia komory prawej i niedorozwój łuku tętnicy głównej w przedstawionym przypadku. Kol. Marischler podkreśla, że osobiście słyszy ton pierwszy a po nim dopiero szmer i odnosi go do niedostatku w przegrodzie komorowej. Kol. Ziembicki wyklucza niedomykalność zastawek tętnicy głównej wbrew przypuszczeniu jednego z kolegów. Rozpoznanie zwężenia tętnicy płucnej w tym przypadku zdaje się nie ulegać wątpliwości, przyczem często towarzyszy, jak wiemy z doświadczenia, ubytek w przegrodzie komorowej, nie widzi żadnego powodu rozpoznawania przetrwałego otworu owalnego; przeciwnie sądzi, że właśnie tę wadę można wykluczyć ze względu na brak sinicy. Nie wydaje mu się bowiem usprawiedliwionem, aby wyprowadzać, jak to chciał mowca, brak sinicy z obecności otworu ogólnego. (A. r.).

3) Kol. Węgrzynowski przedstawia rentgenogramy z 21 l. chorego z **przetoką gruźliczą między jelitem grubem a pęcherzem moczowym.** Za rozpoznaniem przetoki przemawiało odchodzenie gazów jelitowych drogami moczowemi. Niezwyczajną rzeczą w tym przypadku było odejście glisty przez członek, potwierdzające również powyższe rozpoznanie.

W dyskusji kol. Vrabetz zaznacza trudności rozpoznawcze ze stanowiska rentgenologicznego w powyższym przypadku. Kol. Gröer zwraca uwagę na nieprawidłowy stan konstytucyjny chorego.

Kol. Leńko badał powyższy przypadek cystoskopem. Miejsce widoczne poza trójkątem i wałem moczowodowym po prawej stronie, zagłębienie, otoczone żywo czerwoną zapaloną błoną śluzową, może odpowiadać niewątpliwie przetoce pomiędzy jelitem a pęcherzem. Nie można było zauważyć, by treść wychodziła z jelita lub mocz wciskał się do przetoki, bo prawdopodobnie chodzi o przetokę z zastawką, zamykającą się od pęcherza. Umiejscowienie jest typowe, bo tu ściana pęcherza wskutek krzyżowania się podłużnych i okrężnych włókien mięśniowych jest najcieńsza i najmniej stawia opór postępowi ropnia. Najczęściej widział przetoki pęcherzowe u chorych z zapaleniem okołomacicznem, u których operacja stan ten następnie potwierdziła. Wprawdzie glisty przebywają przeważnie w jelicie cienkiem i powinno się przyjąć połączenie między niem a pęcherzem, lecz przeciw temu przemawia obraz rentgenowski, na którym dość szeroka droga, nie przepuszczająca promieni, ciągnie się od prostnicy w poprzek ku prawej stronie pęcherza. Obraz w cystoskopie nie był dość wyraźny z powodu zapalenia reszty błony śluzowej, a następnie, że dało się użyć tylko cienki dziecinny cystoskop z powodu mało rozwiniętych części płciowych. (A. r.).

4) Kol. Domaszewicz przedstawia chorego z **tężcem przyrannym** po kopnięciu przez konia przed 5 tygodniami z równoczesnem porażeniem prawego nerwu twarzowego. Toksyna tężca szła tutaj drogą nerwu twarzowego do jego jądra i stąd działanie trujące przeniosło się na jądra sąsiadujące i wywołało nawet, wprawdzie nie porażenie lewego jądra nerwu twarzowego, ale jego podrażnienie. Chory obecnie ma się dobrze i zdrowieje. Statystyka wykazuje 91% śmiertelności przy tężcu głowowym.

W dyskusji kol. Krzemicki starszy opisuje przypadki swoje z wojny światowej, powikłane jakby ropniem mózgu z zapaleniem nerwu ocznego. Sądzi, że ropni nie było i poleca badanie dna oka w każdym przypadku celem rozświetlenia

zagadnienia. Kol. Barącz opisuje leczenie sposobem Krokiewicza.

5) Kol. Zakrzewski przedstawia a) **przypadek raka u mężczyzny 37 letniego z pierwotnem usadowieniem na brodawce Vatera i rzadkiem powikłaniem.** Usadowienie się raka na brodawce Vatera należy do rzadkości. Na 800 przypadków raka, stwierdzonych podczas sekcyj w tut. zakładzie anat. pat. w latach 1904—1920 tylko 6 razy zanotowano pierwotnego raka dwunastnicy. W związku z usadowieniem powstało znaczne zwężenie ujścia przewodów żółciowych z następowem rozszerzeniem całości dróg żółciowych, i przewodów gruczołowych trzustki. Puchlina woreczka żółciowego, ogólna żółtaczka. Szczególnie niezwykle usadowił się jeden z przerzutów nowotworu, a mianowicie w 6-tem lewem żebrze, w pobliżu kręgosłupa, przyczem zniszczył zupełnie kość żebrową i wydostał się aż pod skórę w okolicy przyśrodkowego kąta łopatki. Ponadto masy nowotworowe przeżarły jakieś większe naczynie, prawdopodobnie tętnicę międzyżebrową. Gwałtowny krwiotok wypełnił całą jamę opłucnową lewą i spowodował nagłą śmierć chorego;

b) **żołądek klepsydrowaty u 4 tygodniowego dziecka.** Przewężenie o postaci grubego pierścienia, obejmującego cały żołądek szerokości około 3 cm, znajdowało się w pierwszej jednej trzeciej odległości pomiędzy odźwiernikiem a wpustem. Błona śluzowa i surowicza przewężenia nie okazywały zmian, natomiast mięśniówka była wybitnie przerosła. Pozostałe części żołądka, w szczególności odźwiernika, poza rozdęciem okazywały stosunki prawidłowe. Sprawę należy uważać niewątpliwie za wrodzoną. Ponieważ równocześnie stwierdzono u dziecka szereg wad rozwojowych, a mianowicie rozszczep kanału kręgowego w obrębie kości krzyżowej, płuco lewe złożone z jednego, prawe z dwóch płatów, zachowany otwór owalny w przegrodzie międzyprzedsionkowej serca, siodełkowaty nos, skośne, mongolskie ustawienie szpar powiekowych, wreszcie zdwojenie końcowego członu pierwszego palca prawej ręki, więc tem więcej żołądek tworzy ogniwo w owym łańcuchu nieprawidłowości rozwojowych. Mechanizm powstania wady żołądka wytłómaczyć można najprawdopodobniej rozkojarzeniem w przewodnictwie nerwowem bodźców doprowadzanych do mięśniówki żołądka. Dzięki niemu skurcze mięśni w pierścieniu przerosłym i odźwierniku wypadały współcześnie, zamiast — jak w stosunkach prawidłowych — naprzemiennie.

W dyskusji zabierał głos kol. Progulski, podnosząc obecność wymiotów u dziecka.

6) Kol. W. Janusz przedstawia a) preparat anatomiczny **zmian nowotworowych narządów klatki piersiowej**, zasługujący na uwagę ze względu na trudność rozpoznawczą między ziarnicą złośliwą, mięsakiem chłonnym i mięsakiem zwyczajnym. U osobnika l. 25, klinicznie rozpoznano *Lymphogranuloma malignum*, z zajęciem gruczołów klatki piersiowej, jamy brzusznej i obwodowych a także opłucnej lewej. Wskutek ucisku zwężenie tchawicy. Na sekcji stwierdzono: powiększone i pozrastane pomiędzy sobą gruczoły, dość miękkie, o rdzeniastej spoistości na przekroju. W górnej części śródpiersia przedniego znajdowało się nacieczenie z tkanki szarawej, miękkiej, która przechodziła do jamy opłucnowej lewej. Gruczoły wielkości orzecha laskowego, pozrastane pomiędzy sobą, o rdzeniastej spoistości na przekroju. Opłucna lewa na całej przestrzeni nacieczona była tkanką białawo-różową, obmurowującą w zupełności jamę opłucnową do tego stopnia, że z trudnością można było wyjąć płuca. Opłucna zgrubiała dochodziła do 2 cm. W części szczytowej i od tyłu opłucnej ta tkanka nowotworowa wnika w górny płat, zajmując go na przestrzeni pięści średniej wielkości i tworząc guz dość ostro od reszty tego płata odgraniczający się. Samo płuco lewe okazuje pasemkowate nacieczenie około oskrzeli i naczyń, idące głównie od wnęki płuca ku jego obwodowi, tworzy jakby zraziki podzielone pasmami wspomnianemi. Płuco prawe powiększone, powietrzne. Worek osierdziowy zgrubiały, a w nim znajduje się kilka łyżek płynu surowiczego, mętnego, ze strzępami włóknika. Nasierdzie dość jednostajnie w zakresie przedniej ściany serca lewego nacieczone jest tkanką nowotworową. Podobne masy nowotworowe stwierdza się na wsierdziu; pod ujściem tętnicy płucnej znajduje się guzek nowotworowy wielkości małej fasolki. Tętnica główna obmurowana w części piersiowej masami nowotworowemi. Mięsień ścienny serca lewego jest w części podnasierdziowej nacieczony na głębokość 1 cm. W nerkach i wątrobie jest kilkanaście guzków przerzutowych. Gruczoły zaotrzewnowe są powiększone i pomiędzy sobą pozrastane, na przekroju białawo-różowe, o jednostajnym wyglądzie. Pierwotna zmiana nowotworowa wyszła z gruczołów szyjnych, zajmując następowo gruczoły klatki piersiowej, opłucnę i płat górny płuca lewego, a potem naczyniami chłonnemi, wzdłuż naczyń i oskrzeli, inne części płuca lewego. Sprawa potem przeszła na gruczoły jamy brzusznej. Sposób zajmowania narządów świadczy o wybitnej złośliwości całej sprawy, a badanie drobnowidowe utwierdziło nas w mniemaniu, że mamy do czynienia z mięsakiem chłonnym;

b) **uchyłki wnękowe jelita cienkiego.** Według Sudzuki uchyłki te zdarzają się częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet i w wieku dojrzałym częściej, niż w młodym. Stwierdza się je częściej po stronie przyczepu krezki, rzadko zaś znajdują się po stronie przeciwnej, a jeżeli tu występują, to są umieszczone w wisiorkach tłuszczowych, jak to widzimy w 2-im naszym przypadku w esicy. Na dnie tych uchyłków widzi się nieraz rozgałęzienia drobniutkich naczyń, których pnie główne przechodzą przy podstawie uchyłku z jelita. Toteż wielu autorów uważa miejsce przejścia naczyń, jako locus minoris resistentiae dla powstawania wypukleń błony śluzowej. Według Grasera najczęściej spotykamy się z uchyłkami w tych przypadkach, gdy naczynia rozszerzone przez zastój żylny zwiotczyły ściany jelita, zmniejszając tem samem opór. Uchyłki przewodu pokarmowego występują w najrozmaitszej ilości i wielkości. Zwykle nie pociągają za sobą jakichś poważniejszych zmian, chociaż znane są przypadki, w których na tle zalegania kału powstają stężyny i powodują ciężkie objawy. Stężyny te mogą prowadzić do martwicy, ropienia i przebicia albo, jeżeli zapalenie wywołane jest przez mniej jadowite drobnoustroje, może przyjść do zagojenia się i wytworzenia nadmiernej ziarniny, powodującej w ścianie jelita i krezki guzowate twory, naśladujące nieraz objawy nowotworu rakowego lub dające klinicznie objawy zapalenia wyrostka robaczkowego po stronie lewej. Mowca przytacza przypadek Sattlera, w którym przez przebity uchyłek przedostały się do jamy otrzewnej glisty dżdżownicowate. Niemniej ciekawy przypadek podaje w ostatnim Centralbl. f. Anat. Ditrichs, w którym na tle ropienia w uchyłkach przyszło do przerzutów ropnych w wątrobie;

c) **uchyłki wnękowe esicy** wielkości grochu i małego orzecha laskowego. U starszego osobnika, z rozedmą płuc i rozległą miażdżycą naczyń obwodowych w jamie brzusznej stwierdzono zrosty pociągające krezkę esicy w kierunku kątnicy, co zapewne sprzyjało zaleganiu mas kałowych. Starszy wiek chorego i zanik podściółki tłuszczowej usposabiał do powstania mnogich uchyłków.

7) Kol. Nowicki pokazuje: a) preparaty nawrotu **nadnerczaka złośliwego** po wycięciu pierwotnego guza **nerki prawej** i liczne przerzuty w narządach, szczególnie w płucach. Przypadek dotyczył mężcz. l. 29, któremu wycięto nerkę przed 1½ miesiącem z powodu nowotworu. Na sekcji stwierdzono w miejscu wycięcia guz, naśladujący zupełnie nowotworowo zmienioną nerkę, oraz mnogie przerzuty w wielu narządach. Jeden z nich, usadowiony w śledzionie, był powodem krwawienia do jamy brzusznej;

b) **śluzaka przedsionka lewego serca** u kobiety l. 29, która w niedługi czas po przybyciu do szpitala zmarła wśród objawów niedomogi serca dłuższy czas się utrzymującej. Sekcja stwierdziła w przedsionku lewym guz jajowaty, wielkości wielkiego orzecha włoskiego, usadowiony na krótkiej, dość szerokiej szypule, przymocowanej do górnozewnętrznej ściany przedsionka lewego. Powierzchnia guza jest gładka a przekrój charakterystyczny dla śluzaka, co potwierdziło także badanie drobnowidowe. Guz zamykał niewątpliwie częściowo ujścia żył płucnych, stąd też wybitne przekrwienie żylne płuc, dalej przerost serca prawego a w związku z jego niedomogą, dłuższy czas trwającą, ogólne przekrwienie żylne i obrzęki. Mowca przytacza w krótkości piśmiennictwo, dotyczące śluzaków serca i podnosi stosunkowo wielki procent nowotworów pierwotnych serca, opisanych przez autorów polskich. Wspomina wreszcie o trudnościach rozpoznawania za życia nowotworów serca.

W dyskusji kol. Ziembicki, odnośnie do przypadku pierwszego, podnosi obecność ciałek czerwonych w moczu. Co do nowotworu serca, dotyczącego chorej z jego oddziału, to chora zgłosiła się do szpitala w nader ciężkim stanie na kilka dni przed śmiercią. Obraz chorobowy na pierwszy rzut oka przemawiał za wadą ujścia żylnego lewego z następową niedomogą serca. Uderzał brak objawów przysłuchowych i wypukowych ze strony serca. Mowca wypowiada w końcu uwagi, dotyczące djagnostyki topograficznej serca.

Kol. Leńko wyjaśnia, że preparat jest nawrotem nowotworu, wyjętego przed półtora miesiącem, który należy do zmarłej 52 letniej, operowanej na oddziale urologicznym wskutek bezwzględnego wskazania z krwotoku prawej nerki widzianego cystoskopem. Wyjęto nerkę z nowotworem wielkości pięści mężczyzny, zajmującym dolny biegun, w zupełnie zdrowej tkance. Kol. Grossfeld przedstawiał ją na posiedzeniu kółka naukowego lekarzy szpitalnych, z okazji omówienia ruchów robaczkowych na miedniczce nerkowej świeżo wyjętej, na które zwróciło się uwagę przy operacji; w tym przypadku ruchów tych jednak nie było. Ponieważ rana zgoiła się rychło zrostem, operowana mogła po tygodniu od operacji zejść do sali posiedzeń. Dlaczego tak rychło nastąpił nawrót w miejscu, z którego usunięto nowotwór, musiałby szukać wyjaśnienia u anatoma, któryby ściśle podał rodzaj usuniętego guza, gdyż i przerzuty w płucach mają inny wygląd, niż zwyczajnie spotykane nadnerczaki barwy żółtej. Oddz. wewn. przyjął chorą wygojoną po operacji, z powodu objawów płucnych, które nie wystąpiły pod postacią duszności; na myśl o przerzutach w mózgu mogłaby naprowadzać pewna skłonność chorej do płaczu, której przedtem nie okazywała (A. r.).

Kol. Marischler omawia własny przypadek guza nadnercza, mięsaka naczyniowego, z którego wyciągi powodowały podniesienie ciśnienia. Nadto przemawiał kol. Fels.

Kmietowicz, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. Oddział łódzki.

VI. Posiedzenie naukowe w dniu 7 marca 1922 r.

1. Kol. Dutkiewicz przedstawia ponownie chorą, pokazaną 3-go stycznia r. b. z rozpoznaniem **Dermatitis herpetiformis**, obecnie w okresie ostrego nawrotu.

Dyskusja: kol. Gole, Leyberg, Stanisławski, Grosglik.

2. Kol. Lipski mówi o swoich doświadczeniach z **Neosalutanem** (Zgierz), twierdząc, że preparat ten nie ustępuje Neosalvanowi (Grodzisk).

VII. Posiedzenie naukowe w dniu 4 kwietnia 1922 r.

1. Kol. Mieleszko (gość) pokazuje preparaty histologiczne z przypadku, przedstawionego dn. 7. II. przez kol. Leyberga z rozpoznaniem *urticaria pigmentosa adultorum*: nagromadzenie barwika w podstawowej warstwie naskórka, obrzęk brodawek, nacieczenie górnych warstw skóry właściwej elementami drobnokomórkowemi i komórkami tucznemi w skąpej ilości.

2. Kol. Sonenberg odczytuje rzecz p. t. **Dwa przypadki uogólnionego zaczerwienienia skóry z łuszczeniem** (*erythrodermia*), przedstawiając fotografje tych przypadków.

3. Kol. Falk odczytuje referat p. t. »**Obecny stan leczenia kiły**«.

Sprawy zawodowe.

W sprawie Zjazdu lekarzy prowincjonalnych Państwa Polskiego *).

Ponieważ w ostatnim czasie zwróciło się do mnie kilku kolegów z zapytaniem, dlaczego Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie nie występuje dotąd z inicjatywą zwołania Zjazdu lekarzy prowincjonalnych w myśl uchwały Zjazdu Lubelskiego, czuję się w obowiązku złożyć następujące wyjaśnienie w tej sprawie.

Na tle beznadziejnie ciężkich warunków politycznych w byłym zaborze rosyjskim Zjazdy lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi (1911) i Lublinie (1914) miały niesłychanie ważne znaczenie pod względem naukowym, narodowym i społecznym. Wobec ogólnej martwoty życia społecznego na prowincji były one zdarzeniem niezwykłem, były poważnym wyłomem w duszącej atmosferze policyjnego ucisku, przez który przedostawało się nieco swobodniej tak upragnione powietrze i światło. Powodzenie obu Zjazdów było tak wielkie, że zamierzano utworzyć »stały Komitet zjazdów lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego« i zwoływać je systematycznie co 3 lata. Na mocy uchwały, powziętej w Lublinie, trzeci Zjazd z rzędu miał się odbyć w Częstochowie w 1917 r.

Wybuch wojny światowej pokrzyżował te plany i nie pozwolił Towarzystwu Lekarskiemu Częstochowskiemu wywiązać się ze swego zadania. Urządzenie Zjazdu za czasów okupacji niemieckiej było niemożliwe. Na skutek porozumienia się śp. Biegańskiego z innemi Towarzystwami Lekarskiemi Zjazd ten odłożono na później i na razie zaniechano wszelkiej w tym kierunku akcji. Dalszy rozwój wydarzeń politycznych, wiodąc do zespolenia wszystkich dzielnic polskich i odbudowy własnego Państwa, samorzutnie położył kres dotychczasowej organizacji zjazdów lekarzy prowincjonalnych już ze względu na ich dzielnicowy charakter.

Wobec olbrzymiego przewrotu w ogólnem ukształtowaniu stosunków społeczno-lekarskich, sprawa utrzymania tych Zjazdów w myśl pięknej tradycji staje się zagadnieniem zupełnie nowem, które nie może być rozstrzygane na mocy dawnych postanowień i uchwał i wymaga ponownego omówienia w piśmiennictwie lekarskiem. Myśl zwołania w obecnych warunkach Zjazdu lekarzy prowincjonalnych, zamieszkałych na całym obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, nasuwa szereg poważnych wątpliwości pod względem zasadniczym i technicznym. Przedewszystkiem powstaje pytanie, czy istotnie zachodzi potrzeba przeciwstawiania się kolegom stołecznym, pracującym już dzisiaj w pięciu ośrodkach uniwersyteckiego życia.

Jeżeli w okresie niewoli najżywotniejsze kwestje dnia powszedniego, dotyczące bytu i warunków pracy zawodowej, mogły być rozstrząsane wyłącznie na Zjazdach lekarzy prowincjonalnych, to dzisiaj sprawy te stały się przedmiotem zainteresowania i troski całego szeregu instytucyj państwowych, komunalnych oraz zrzeszeń lekarskich, że wymienię Związek Lekarzy Państwa Polskiego oraz Izby Lekarskie. A więc ze stanowiska społecznego hasło separatyzmu w organizacji przyszłych Zjazdów ogólno-lekarskich nie miałoby dostatecznej podstawy. Ale i ze względów naukowych dążenia separatystyczne, zdaje się, nie zdołałyby zapewnić lekarzom prowincjonalnym jakichś szczególnych korzyści. Już dzisiaj biorą oni żywy i czynny udział w Zjazdach specjalistów, chirurgów, pedjatrów, okulistów, dermatologów itp. i dzięki temu nietylko uzupełniają swą wiedzę, ale nadto znajdują zachętę do dalszej samodzielnej pracy naukowej. Ponieważ jednak ani istniejące dotąd instytucje lekarskie, ani naukowe Zjazdy specjalistów nie wyczerpią całego ogromu zadań, jakie przed lekarzami praktycznymi stawia nauka i życie, potrzeba Zjazdu ogólnego lekarzy (prowincjonalnych i stołecznych) nie ulega żadnej wątpliwości. Wzajemna współpraca i bliższe zetknięcie teoretyków i klinicystów z lekarzami praktycznymi będzie może dla obu stron pożądane, korzystne i łatwiej pozwoli rozwiązać ważne zadanie medycyny współczesnej, które polega na uzgodnieniu wymagań teorji i życia. W ten sposób zamiast Zjazdu ściśle prowincjonalnego zarysowuje się projekt Kongresu Polskiej Medycyny praktycznej, w którego organizacji lekarze prowincjonalni mieliby własny i autonomiczny komitet.

Oprócz kwestji zasadniczej, dotyczącej charakteru przyszłego Zjazdu, nasuwa pewne wątpliwości jego strona techniczna. Zwołanie Zjazdu, któryby miał zgromadzić lekarzy ze wszystkich dzielnic Rzeczypospolitej, będzie połączone z wielkiemi trudnościami technicznemi. Jeżeli Zjazdy prowincjonalne w b. Kongresówce liczyły średnio 300 uczestników, prawdopodobnie teraz liczba osób łącznie z rodzinami wzrośnie do 1000 i więcej. Otóż o urządzeniu tak licznego Zjazdu w którem kolwiek z miast prowincjonalnych nie może być mowy.

Z osobistej rozmowy z kol. Sterlingiem wyniosłem wrażenie, że nawet Łódź nie mogłaby podjąć się tak trudnego zadania. Między innemi, wyłonił się projekt (kol. Sterling, Perelman), że należałoby pójść za przykładem niemców i urządzić Zjazd ten w jednem z najliczniej uczęszczanych uzdrowisk, np. w Krynicy albo Ciechocinku, bezpośrednio przed otwarciem lub po zamknięciu sezonu. Projekt ten z powodów zrozumiałych byłby może najpraktyczniejszym sposobem rozwiązania sprawy i ze swej strony przyczyniłby się zapewne do większego zainteresowania Zjazdem.

Jak widzimy, podjęcie jakiejkolwiek akcji w tym kierunku jest niemożliwe bez uprzedniego porozumienia wszystkich Towarzystw lekarskich.

Dr. K. Rozenfeld-Rożkowski (Częstochowa).

*) Podług obrad w Towarzystwie lekarskiem Częstochowskiem i Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu.

Od Redakcji.

Ze względu na ograniczoną objętość pisma i niemożność z powodu wysokich kosztów wydatnego jej rozszerzenia, jak również ze względu na bardzo obfity materjał redakcyjny, uprasza się Autorów o możliwie **treściwe, zwięzłe i krótkie artykuły** na wzór umieszczanych w pismach obcych. W ten sposób uniknie się zalegania ich miesiącami w tece redakcyjnej.

Wiadomości bieżące.

Ze względu na liczne zapytania, dotyczące sposobu zamawiania pism francuskich na r. 1923 i wpłacania należytości za nie oraz wkładki (12 tys. Mkp) członkowskiej Tow. polsko-francuskiego, podajemy jeszcze raz następujące objaśnienia:

1. Wkładkę członkowską można posyłać wprost na ręce sekretarki (p. Kownacka, Warszawa, Okólnik 5 m. 17.), lub też czekiem P. K. O. na Nr. 3090.

2. Należytość za pisma i książki (pierwsze za 1 fr = 250 Mkp., drugie za 1 fr. = 300 Mkp) na ręce powyższej sekretarki z podaniem nazwiska wysyłającego lub czekiem P. K. O. Nr. 1051 do Banku Zachodniego na rachunek Massona (przytem rachunek Nr. 1. odnosi się do pism, rachunek Nr. 2 do książek).

Oczywiście osobno należy wysłać na ręce wymienionej sekretarki spis zamówionych pism, względnie książek.

Lwów.

I. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 19 stycznia o godz. 6-ej w Poliklinice (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Pokazy, 2) Kol. Steusing (wykład): Danysza teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. *W. Janusz*, sekretarz, *I. Zieliński*, prezes.

Warszawa.

Konferencja b. ministrów skarbu w sprawie uzdrowienia finansów państwa uznała za wskazane, jak dzienniki donoszą, zniesienie Ministerstwa zdrowia publ. i Min. robót publ. Pierwsze miałoby być przyłączone do Min. spraw wewn.

Z początkiem 1923 r. **Pedjatrja Polska** zacznie wychodzić ponownie w Warszawie i niezależnie od Polskiej Gazety Lekarskiej. Wychodzić będzie zeszytami czteroarkuszowemi co dwa miesiące, a jako jej uzupełnienie **Opieka nad dzieckiem**, też dwumiesięcznik w zeszytach trzyarkuszowych.

Prenumerata za oba pisma łącznie z przesyłką pocztową wynosi na pierwsze półrocze 1923 10.000 Mkp.

We wszelkich sprawach redakcyjnych należy się zwracać do najbliższego redaktora: prof. Michałowicza i doc. Szenajcha w Warszawie, prof. Gröera we Lwowie, prof. Jasińskiego w Wilnie, prof. Jonschera w Poznaniu, lub wprost do redaktora odpowiedzialnego kol. Kopcia w Warszawie, ul. Mokotowska 39.

Prenumeratę należy nadsyłać pod adresem: Administracja Pedjatrji Polskiej, Warszawa, Jasna 11, Wydział Higjeniczno-Lekarski Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom (P. A. K. P. D.).

Konto w Pocztowej Kasie Oszczędności Nr. 5882.